

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

THÈSE PRÉSENTÉE À
L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

COMME EXIGENCE PARTIELLE
DU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE

PAR
MYRIAM SOUCY

LE FONCTIONNEMENT COGNITIF ET LES MANIFESTATIONS
DÉPRESSIVES ET ANXIEUSES
DANS LA MALADIE D'ALZHEIMER

MARS 2008

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire ou de cette thèse a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire ou de sa thèse.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire ou cette thèse. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire ou de cette thèse requiert son autorisation.

Sommaire

Au plan épidémiologique, les manifestations dépressives touchent 50 % des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer (MA), alors que 38 % ont au moins deux symptômes d'anxiété (Landreville et al., 2005). Ajoutons que ces deux types de symptômes seraient en comorbidité chez 54 % d'entre elles (Teri et al., 1999). Le but de la présente étude est d'explorer la relation entre la sévérité des manifestations anxio-dépressives et le processus dégénératif de la MA au plan cognitif. Les participantes (n = 24), âgées de 69 à 92 ans ont été évaluées au plan cognitif à l'aide de l'*Échelle de Démence Hiérarchisée* (Cole et Dastoor, 1995). Les mesures de dépression et d'anxiété ont été remplies par les préposées aux bénéficiaires et les intervenantes d'unités à partir des versions françaises des instruments suivants : *Dementia Mood Assessment Scale* (Camus et al., 1995), *Cornell Scale for Depression in Dementia* (Alexopoulos, 1988), *Behavioral Pathology in Alzheimer's Disease Rating Scale : section G anxiety and phobias* (Reisberg, 1987), *Hamilton Anxiety Rating Scale* (Bouvard et Cottraux, 2002) et le *Questionnaire de Prévile : sous-échelle d'anxiété* (Prévile, 1995). Ces mesures ont été prises à trois moments avec un écart variant de 6 à 8 mois entre elles. Les résultats montrent une baisse significative du fonctionnement cognitif entre les trois temps de mesure. Pour leur part, les manifestations anxieuses et dépressives ne varient pas significativement à la suite du passage du temps pour quatre des cinq instruments de mesure, et ce, que les questionnaires aient été remplis par les intervenantes d'unité ou les préposées aux bénéficiaires. Malgré la dégénérescence cognitive, les manifestations dépressives et anxieuses demeurent relativement stables à la suite du passage du temps. La présence de ses manifestations à différents stades de la MA est donc discutée.

Abstract

Data in the literature estimates to 50% the prevalence of depressive symptoms in Alzheimer's disease (AD) and 38% of the people diagnosed with AD have at least two symptoms of anxiety (Landreville & al., 2005). In addition, a study from Teri and team (1999) shows that 54% of the people who develop AD have depressive symptoms in comorbidity with anxious symptoms. The goal of the present study is to explore the depressive and anxious symptoms in relation with the cognitive symptoms and their degenerative process in AD. The subjects ($n = 24$), aged between 69 and 92 years old, were assessed with the *Hierarchic Dementia Scale* for the cognitive component (Cole & Dastoor, 1995). The measurements for depressive and anxious symptoms have been assessed by the caregivers with these scales: *Dementia Mood Assessment Scale* (Camus & al., 1995), *Cornell Scale for Depression in Dementia* (Alexopoulos, 1988), *Behavioral Pathology in Alzheimer's disease Rating Scale: part G anxieties and phobias* (Reisberg, 1987), *Hamilton Anxiety Rating Scale* (Bouvard & Cottraux, 2002) and *Questionnaire de Prévile: anxiety sub-scale* (Prévile, 1995). These measurements were taken at three different moments with an interval of six to eight months between them. The results show a significant loss in the cognitive functioning between each measurement. Depressive and anxious symptoms did not show significant change during the fourteen to sixteen months of the assessment for four of the five scales. Despite the degenerative process on the cognitive level, the depressive and anxious symptoms remain relatively stable through time. The presence of the depressive and anxious symptoms in the different phases of AD is discussed.

Tables des matières

Liste des tableaux	vi
Introduction	1
1 Contexte théorique et expérimental	5
1.1 Définitions sommaires de la dépression et de l'anxiété	6
1.2 La dépression chez les personnes âgées	9
1.3 L'anxiété chez les personnes âgées	14
1.4 La comorbidité de la dépression et de l'anxiété chez les personnes âgées	17
1.5 Les déficits cognitifs dans la démence	17
1.5.1 Les manifestations et symptômes de la démence	17
1.5.2 La maladie d'Alzheimer	20
1.5.2.1 Les statistiques descriptives	21
1.5.2.2 Les critères diagnostiques	23
1.5.2.3 Le processus dégénératif et les manifestations neuropsychologiques	24
1.6 La dépression et l'anxiété chez la personne atteinte de la maladie d'Alzheimer	26
1.6.1 La dépression	26
1.6.2 L'anxiété	30
1.6.3 La comorbidité de la dépression et de l'anxiété dans la maladie d'Alzheimer	33
1.7 Objectif	34
2 Méthodologie	38
2.1 Les participants	39
2.2 Les instruments de mesure	44
2.2.1 L'instrument neuropsychologique	45
2.2.2 Les instruments pour évaluer la dépression	46
2.2.3 Les instruments pour évaluer l'anxiété	50
2.3 Le déroulement	53
2.3.1 Recrutement	53
2.3.2 Cueillette de données	55
2.4 Éthique	58
2.5 Devis de recherche	59
2.6 Les analyses statistiques	60
3 Résultats	61
3.1 L'évaluation neuropsychologique	62
3.2 L'évaluation de la dépression et de l'anxiété	63
3.2.1 Les répondantes	63
3.2.2 Les relations entre les questionnaires de dépression et d'anxiété	66

3.3	L'évaluation de la dépression et de l'anxiété en fonction du passage du temps	66
3.4	La relation entre le fonctionnement cognitif et les manifestations dépressives et anxieuses	73
4	Discussion	77
4.1	L'évaluation neuropsychologique	78
4.2	L'évaluation de la dépression et de l'anxiété	79
4.2.1	Les répondantes	79
4.2.2	Les questionnaires de dépression	81
4.2.3	Les questionnaires d'anxiété	82
4.2.4	La comorbidité de la dépression et de l'anxiété	83
4.3	L'évaluation de la dépression et de l'anxiété en fonction du passage du temps	84
4.4	La relation entre le fonctionnement cognitif et les manifestations dépressives et anxieuses	88
4.5	Les manifestations dépressives et anxieuses dans la maladie d'Alzheimer	90
4.6	Les limites de la recherche	95
	Conclusion	99
	Références	102
	Appendice A	108
	Appendice B	112
	Appendice C	117

Liste des tableaux

1	Description des participants selon les trois temps de mesure	40
2	Description de l'échantillon finale au temps 1	41
3	Nombre de personnes recevant un traitement pharmacologique selon les trois temps de mesure ($N = 24$)	43
4	Propriétés psychométriques de l'ÉDH	47
5	Propriétés psychométriques des questionnaires de dépression	49
6	Propriétés psychométriques des questionnaires d'anxiété	52
7	Corrélations non-paramétriques de Spearman entre les scores des intervenantes et des préposées pour les cinq questionnaires de dépression et d'anxiété au temps 2 ($N = 24$)	64
8	Corrélations non-paramétriques de Spearman entre les scores des intervenantes et des préposées pour les cinq questionnaires de dépression et d'anxiété au temps 3 ($N = 24$)	65
9	Corrélations non-paramétriques de Spearman entre les questionnaires de dépression et d'anxiété au temps 1 (préposées, $N = 24$)	67
10	Corrélations non-paramétriques de Spearman entre les questionnaires de dépression et d'anxiété au temps 2 (préposées, $N = 24$)	68
11	Corrélations non-paramétriques de Spearman entre les questionnaires de dépression et d'anxiété au temps 2 (intervenantes, $N = 24$)	69
12	Corrélations non-paramétriques de Spearman entre les questionnaires de dépression et d'anxiété au temps 3 (préposées, $N = 24$)	70
13	Corrélations non-paramétriques de Spearman entre les questionnaires de dépression et d'anxiété au temps 3 (intervenantes, $N = 24$)	71
14	Évolution de la dépression et de l'anxiété selon les trois temps de mesure ($N = 24$)	72
15	Relation entre le fonctionnement cognitif et les manifestations dépressives et anxieuses selon les trois temps de mesure (préposées, $N = 24$)	74
16	Relation entre le fonctionnement cognitif et les manifestations dépressives et anxieuses selon les trois temps de mesure (intervenantes, $N = 24$)	75

Remerciements

L'auteur tient à remercier sa directrice de thèse, madame Micheline Dubé Ph.D., professeure à l'Université du Québec à Trois-Rivières, pour sa disponibilité, son aide et son intérêt tout au long de la réalisation de cette recherche. Un remerciement est aussi adressé à monsieur Pierre Nolin Ph.D., professeur à l'Université du Québec à Trois-Rivières pour son aide en statistiques.

L'auteur tient également à remercier monsieur Jacques Bois, propriétaire de la Maison Jean XXIII, mesdames Linda Lefrançois, Pierrette Léveillé, Annie Soucy, ainsi que les préposées aux bénéficiaires de la Maison Jean XXIII. Finalement, l'expression d'une sincère gratitude est offerte aux résidents de la Maison Jean XXIII, ainsi que leur famille pour leur généreuse participation.

Dédicace

Pour André, Carmelle et Jessy

Introduction

La maladie d'Alzheimer (MA) est devenue, avec le vieillissement de la population, une préoccupation de plus en plus présente dans le domaine de la santé entourant les aînés. Quoique que plusieurs auteurs nomment des manifestations cognitives et comportementales rappelant la MA depuis Néron, au début de notre ère, et ce, jusqu'à Esquirol en 1838 et Alzheimer lui-même en 1906 (Botez-Marquard et Boller, 2005), les connaissances concernant cette maladie dégénérative ont grandement évoluées dans les dernières décennies. Malgré cet essor dans la compréhension de notre système nerveux et de son cerveau, bien des questions demeurent sans réponse dans la MA, notamment ce qui l'engendre et ce qui pourrait permettre de la guérir ou de la traiter.

Tant et aussi longtemps que nous n'aurons pas la possibilité d'éradiquer la maladie ou d'enrayer son processus dégénératif, l'étude des manifestations qui en découlent, qu'elles soient cognitives, comportementales ou affectives, conserve tout son sens et sa pertinence. L'objectif demeure d'assurer, dans les limites du possible, une meilleure qualité de vie pour les gens atteints de la MA, mais également pour les membres de leur famille et le personnel soignant. Or, les manifestations de dépression et d'anxiété dans la MA sont fréquentes, pouvant apparaître jusque dans 87 % des cas pour la dépression et 71 % des cas pour l'anxiété, selon les études rapportées par Landreville, Rousseau, Vézina et Voyer (2005). Ces chiffres en disent long sur la considération qui devrait leur être portée. Cependant, la majorité des études proviennent des États-Unis et

les statistiques descriptives spécifiques au Québec ou au Canada décrivent la prévalence de la MA, mais non la fréquence des manifestations dépressives et anxieuses dans celle-ci (Société Alzheimer du Canada, 2007).

Il devient donc pertinent de s'intéresser à ces manifestations, non seulement parce qu'elles sont peu étudiées auprès de la population québécoise, mais également parce qu'elles sont reliées directement à la qualité de vie des gens atteints de la maladie et de leurs aidants. La dépression et l'anxiété chez les personnes atteintes de la MA affectent leur qualité de vie et diminuent leur performance aux activités de la vie quotidienne et domestique, ce qui alourdit la tâche des aidants que ce soit dans la collectivité ou dans les milieux spécialisés (Gibbons, Teri, Logsdon et McCurry, 2006; Landreville et al., 2005).

L'objectif de la présente recherche, qui se veut exploratoire, est d'examiner la relation entre la gravité des manifestations dépressives et anxieuses et le fonctionnement cognitif, en tenant compte du processus dégénératif. Ainsi, le but est d'observer les manifestations dépressives et anxieuses en fonction du passage du temps, donc selon la dégénérescence des fonctions mnésiques, phasiques, praxiques, gnosiques et exécutives. Ceci permettra de mieux comprendre leur évolution dans le temps et d'adapter les interventions relatives à la dépression et l'anxiété selon la dégénérescence au plan cognitif.

Le contexte théorique et expérimental décrit les principales variables à l'étude, soit la dépression, l'anxiété et la maladie d'Alzheimer. Ces variables sont d'abord

présentées dans un contexte plus large. Elles sont suivies d'une synthèse des informations récentes publiées sur les manifestations dépressives et anxieuses chez les personnes âgées et dans la MA. Enfin, la dernière partie du contexte théorique et expérimental traite des différentes questions de recherche qui ont mené à établir l'objectif de l'étude.

La méthodologie utilisée est rapportée dans la seconde section. Plus précisément, elle porte sur l'échantillon, les instruments de mesure utilisés, ainsi que le déroulement et le type de recherche effectué. Les résultats obtenus, à la suite des diverses analyses statistiques, sont décrits dans la troisième partie et sont interprétés et discutés dans la quatrième et dernière partie.

Contexte théorique et expérimental

L'objet de la présente recherche touche à trois grandes problématiques : les manifestations dépressives, les manifestations anxieuses et les déficits cognitifs chez les personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer (MA). Les mots anxiété et dépression sont grandement utilisés dans notre société; mots généraux et populaires pouvant signifier respectivement stress et tristesse. Cependant, quoique ces mots puissent être vus et utilisés d'une manière simpliste pour expliquer beaucoup de manifestations affectives, ils représentent des affections complexes dont les origines s'avèrent multiples. Après une courte définition des syndromes à l'étude, la revue de la documentation portera donc, dans un premier temps, sur les manifestations dépressives et anxieuses spécifiques à la personne âgée. Par la suite, les déficits cognitifs associés à la MA seront décrits en termes d'atteintes neuropsychologiques, permettant d'identifier les structures physiologiques touchées et l'impact sur les comportements et les fonctions cognitives. La dernière section traitera de la mise en relation des trois variables à l'étude. Suivra ensuite une précision permettant de bien cerner le problème spécifique retenu pour cette recherche.

1.1 Définitions sommaires de la dépression et de l'anxiété

Selon le Grand dictionnaire de psychologie Larousse (2000), la dépression est décrite comme une « maladie mentale caractérisée par une modification profonde de

l'état thymique, de l'humeur dans le sens de la tristesse, de la souffrance morale et du ralentissement psychomoteur » (p. 256).

Sans reprendre le processus diagnostique de la dépression majeure du DSM-IV-TR [American Psychiatric Association (APA), 2003], il est pertinent, en fonction du sujet et du contenu de cette recherche, d'en mentionner les critères A et D. Le critère A propose une liste de symptômes, dont un minimum de cinq se doivent d'être présents et ce, depuis au moins deux semaines. L'humeur dépressive (1) ou la perte d'intérêt ou de plaisir (2) sont les deux premiers critères mentionnés et l'un ou l'autre doit absolument être présent. Par la suite, on retrouve les critères suivants : (3) perte ou gain de poids, (4) insomnie ou hypersomnie, (5) agitation ou ralentissement psychomoteur, (6) fatigue ou perte d'énergie, (7) sentiment d'impuissance ou de culpabilité excessif, (8) diminution de l'habileté à se concentrer, à penser ou difficulté à prendre des décisions et (9) pensées de mort récurrentes (APA, 2003). Pour sa part, le critère D indique que les symptômes ne doivent pas être dus à une condition médicale générale ou aux effets physiologiques directs d'une substance, par exemple une médication (APA, 2003).

De même, le contenu du manuel diagnostique précise que l'épisode dépressif majeur peut inclure un fonctionnement anormal au plan des neurotransmetteurs et des neuropeptides. Ces informations générales provenant du DSM-IV-TR seront reprises ultérieurement et considérées en fonction de la population à l'étude.

L'anxiété, quant à elle, est un « état émotionnel de tension nerveuse, de peur, fort mal différencié, et souvent chronique » (Grand dictionnaire de la psychologie Larousse,

2000, p. 70). On ajoute à ces informations que la différence entre peur et anxiété est une question de degré, principalement au plan de la cognition. Sous l'angle de la psychiatrie, on définit l'anxiété comme un « état de non-quiétude dans lequel prédomine l'appréhension d'une situation qui, bien que généralement indéterminée, pourrait s'avérer désagréable, voire dangereuse » (Grand dictionnaire de la psychologie Larousse, 2000, p. 70). L'anxiété s'associe à la perception d'un danger imminent et à l'attente de ce danger. L'idée de projection dans le futur, de prévoyance, d'anticipation devient donc une notion incontournable du concept d'anxiété (Durand et Barlow, 2002; Grand dictionnaire de la psychologie Larousse, 2000).

Les troubles anxieux regroupent plusieurs affections différentes : attaque de panique, agoraphobie avec ou sans attaque de panique, phobie spécifique ou sociale, trouble obsessionnel-compulsif, trouble de stress post-traumatique, épisode de stress aigu, trouble d'anxiété généralisée, trouble anxieux dû à une condition médicale générale, trouble anxieux induit par une substance et trouble anxieux non-spécifique (APA, 2003). Plusieurs symptômes sont associés à ces différentes formes de troubles anxieux : palpitations, transpiration, tremblements, impression d'étouffement, douleur ou gêne thoracique, nausées, vertige ou impression d'évanouissement, peur de perdre le contrôle ou de devenir fou, peur de mourir, paresthésie, frissons ou bouffées de chaleur, évitement, agitation ou sensation d'être survolté, fatigabilité, difficulté de concentration, trous de mémoire, irritabilité, tension musculaire, perturbation du sommeil (APA, 2003; Durand et Barlow, 2002).

Sans que cette liste soit exhaustive et que chacun des symptômes soit associé spécifiquement à certains troubles anxieux en particulier, elle permet de figurer d'un point de vue général les manifestations anxieuses. De plus, il est pertinent de spécifier que « l'anxiété est intimement liée à la dépression » (Durand et Barlow, 2002, p. 188). Finalement, encore une fois, ces symptômes seront mis en lien avec les caractéristiques de la population à l'étude dans les parties subséquentes.

1.2 La dépression chez les personnes âgées

Chez les personnes âgées, le trouble de santé mentale le plus fréquemment rencontré est la dépression (Vézina, Cappeliez et Landreville, 1995). Durand et Barlow (2002) ajoutent que ce trouble est également en augmentation chez les âgés. Bien sûr, on doit, de prime abord, mettre un bémol sur les chiffres rapportés dans les divers livres et articles. Certains établissent leurs critères en fonction des symptômes de la dépression, alors que d'autres basent leurs calculs statistiques sur le syndrome dépressif majeur. Ceux prônant la première approche obtiennent des chiffres plus élevés, puisque la présence d'un ou deux symptômes est plus fréquente que le syndrome dépressif en lui-même, ce dernier référant à des critères plus sévères. Toutefois, sans qu'une personne présente tous les critères requis pour diagnostiquer un syndrome dépressif, elle peut ressentir certains symptômes provoquant une souffrance importante. Les chiffres et hypothèses qui seront présentés ci-dessous se rapporteront donc parfois à des symptômes

et, d'autres fois, au syndrome dépressif majeur. Les critères seront précisés à chaque fois qu'il le sera possible.

Selon l'Étude sur la santé des aînés (ESA) (Dubé, Prévillle et Hudon, 2006), réalisée au Québec auprès d'un échantillon de 1 394 québécois francophones âgés entre 65 et 98 ans, 13,8 % de la population à l'étude éprouve des symptômes dépressifs. On y rapporte également une différence significative entre les hommes et les femmes, ces dernières étant plus nombreuses à être dépressives. Toujours selon les résultats de la recherche ESA, ces symptômes dépressifs ont un effet négatif sur le fonctionnement adéquat des gens âgés au plan de leurs activités de la vie domestique, ce qui demande un support plus important des membres de la famille, créant épuisement et demandes de services accrues. De plus, les résultats suggèrent que les activités sociales des personnes âgées ayant des symptômes dépressifs sont perturbées, à la fois par la non-satisfaction et l'abandon de celles-ci.

Landreville et ses collaborateurs (2005) indiquent que la dépression est présente chez 3 % des personnes âgées qui vivent dans la communauté et qu'elle augmente entre 10 et 15 % chez celles qui sont en hébergement.

Dans un autre ordre d'idées, le vieillissement s'accompagne de certaines vicissitudes. On y retrouve la détérioration de la santé qui occasionne quelques changements physiques et sensoriels; s'ajoutent à cela la prise ou la mise à la retraite, le départ des enfants qui sont de plus en plus occupés avec leur propre famille, la mort du conjoint, de membres de la famille et d'amis (Vézina et al., 1995). Il s'ensuit la

raréfaction du réseau social et l'isolement (Durand et Barlow, 2002). Le risque de dépression (symptômes et syndrome) est plus élevé chez les personnes présentant une ou des incapacités physiques, chez celles dont le réseau de soutien est pauvre et qui croient que leur degré de contrôle sur les situations est négligeable, voire inexistant (Durand et Barlow, 2002; Lalonde, Aubut et Grunberg, 1999). Les résultats de la recherche ESA, spécifique à la population âgée québécoise, ajoute à ces informations que les personnes âgées ayant un revenu de moins de 15 000 \$ ont davantage de symptômes dépressifs (Dubé et al., 2006).

Par ailleurs, la dépression gériatrique est bien mal connue et mal interprétée, ce qui cause de grandes difficultés au niveau du diagnostic (Durand et Barlow, 2002; Vézina et al., 1995). Vézina et ses collaborateurs expliquent ces difficultés d'interprétation notamment par le fait que plusieurs des symptômes de la dépression se retrouvent dans certaines maladies : par exemple, déficiences vitaminiques, maladie de Parkinson, cancer du pancréas, infarctus du myocarde, hyperthyroïdisme et hépatite. Dans ces cas, la personne ne souffre pas de symptômes dépressifs ou du syndrome dépressif lui-même, ce sont les manifestations d'une maladie physique. Les symptômes de la dépression peuvent également être causés par certains médicaments comme les anti-hypertenseurs, les bêtabloquants, les antiparkinsoniens, les benzodiazépines, les neuroleptiques et les stéroïdes (Vézina et al., 1995). Encore là, les manifestations de la dépression ne proviennent pas d'un trouble dépressif, mais bien de l'action de certains médicaments.

Pour compliquer la situation, les personnes âgées (65 ans et plus) font partie de la cohorte qui présente le plus de problèmes de santé (Durand et Barlow, 2002; Vézina et al., 1995). Ce fait rend donc le diagnostic de dépression plus difficile chez cette population. Sans compter que plusieurs problèmes de santé engendrent souvent la prise de plusieurs médicaments, donc encore plus de confusion au niveau du diagnostic.

Pour augmenter la complexité de l'évaluation, la dépression est associée à plusieurs symptômes somatiques (hypersomnie et perte d'appétit, par exemple) (APA, 2003; Botez-Marquard et Boller, 2005; Habib, Joannette et Puel, 1991). Or, les personnes âgées ayant plus de problèmes de santé, ces symptômes somatiques peuvent embrouiller les pistes. Par exemple, la personne peut présenter une perte de poids due à des problèmes gastriques ou due à des symptômes dépressifs. Selon Vézina et ses collaborateurs (1995), l'évaluation de la dépression, qui comprend plusieurs items somatiques, peut amener des praticiens à considérer une personne âgée comme dépressive alors qu'elle ne l'est pas.

Pour augmenter encore la complexité autour de la dépression gériatrique, un dernier élément s'ajoute au tableau. Certaines personnes présentent des symptômes de déficits cognitifs en premier plan lors d'une dépression (Habib et al., 1991; Vézina et al., 1995). On nomme ce trouble pseudo-démence dépressive. Alors que la personne âgée souffre de symptômes dépressifs ou du syndrome de dépression majeure, on peut lui attribuer à tort un diagnostic de démence. Quelques indices permettent de différencier la pseudo-démence dépressive de la démence (pour plus de renseignements voir le Tableau

10.2, p. 322 dans Vézina et al., 1995 et le Tableau I, p. 104 dans Habib et al., 1991). Cependant, Habib et ses collaborateurs indiquent que dépression et démence ne sont pas mutuellement exclusives. Une personne peut souffrir de dépression et par la suite développer un problème démentiel et vice-versa.

Par ailleurs, la recherche ne permet pas encore d'établir la ou les causes directes de la dépression chez l'individu âgé. En effet, des auteurs parlent de causes physiques (neurotransmetteurs, hormones), de causes psychologiques (baisse des renforçateurs positifs, résignation acquise, trouble de la pensée) et de causes externes comme les événements stressants de la vie rencontrés chez les aînés, dont il a été fait mention en début de section (Durand et Barlow, 2002; Vézina et al., 1995). Les troubles de l'humeur chez les âgés auraient des manifestations cliniques différentes de celles que l'on retrouve chez les patients plus jeunes puisque les personnes âgées dépressives auraient tendance à nier les sentiments de tristesse et à plutôt rapporter un manque de sentiment et d'émotion, ou encore une perte d'intérêt et de plaisir (Vilalta-Franch et al., 2006).

En résumé, les manifestations dépressives chez les personnes âgées sont fréquentes en raison des nombreuses pertes physiques, psychologiques et sociales associées au grand âge; les causes sont multiples et connexes à ces atteintes physiologiques, psychologiques et environnementales. Le syndrome ou les symptômes dépressifs affectent le fonctionnement quotidien de la personne âgée et provoquent aussi une baisse des activités sociales, ce qui crée une augmentation des besoins de soutien.

Par ailleurs, le diagnostic est difficile à établir puisque l'on retrouve un mélange complexe et confus de manifestations dépressives à travers des affectations médicales, psychologiques et pharmacologiques. Cet enchevêtrement crée un brouillard opaque où l'orientation, vers le diagnostic et les traitements, devient ardue et fonction d'une série d'essais et d'erreurs qui peuvent conduire lentement vers une déduction souvent incertaine.

1.3 L'anxiété chez les personnes âgées

Tout d'abord, dans le cas de l'anxiété, comme pour la dépression, on retrouve la notion de symptômes et de syndrome (Salzman et Lebowitz, 1991). Il s'agit d'une problématique semblable à celle de la dépression et elle sera traitée de la même manière.

Selon Wertheimer (1997), l'état anxieux est fréquent chez les gens âgés. En effet, cet état (symptômes) serait présent chez 10 à 20 % d'entre eux (Sheikh, 1992). Scogin, Floyd et Forde (2000) indiquent que jusqu'à 15 % des personnes âgées présenteraient un nombre suffisant de symptômes pour confirmer un trouble anxieux (syndrome). Il semble également que l'anxiété s'accroît avec l'âge, tant dans ses manifestations cognitives que somatiques (Sheikh, 1992). Malgré ces chiffres considérables, on connaît relativement peu de chose au sujet de l'anxiété généralisée dans la population des 60 ans et plus (Gayle Beck et Averill, 2004).

Selon Clément et Darthout (2002), c'est après l'âge de 65 ans que commenceraient 3 % des troubles anxieux généralisés. Pour leur part, Gayle Beck et Averill (2004) croient que ce chiffre sous-estime la prévalence, puisque plusieurs facteurs nuisent au diagnostic des troubles anxieux parmi la population âgée et que la majorité des études ne tiennent pas en considération la présence de déficits cognitifs et les effets des médicaments.

Selon Salzman et Lebowitz (1991), l'anxiété chez les personnes âgées provient davantage des pertes (statut social, vieillissement physique, dépendance financière, deuil) que de la projection d'un danger comme mentionné précédemment chez l'adulte en général. De même, la relation entre l'anxiété et la condition médicale chez une personne âgée est notable (Acierno, Hersen et Van Hasselt, 1996).

L'anxiété chez les personnes âgées présente aussi des difficultés diagnostiques majeures. En effet, selon Wertheimer (1997) et Gayle Beck et Averill (2004), elle se manifeste par de nombreux symptômes émotifs, cognitifs et hypocondriaques (maux de tête, palpitations, douleurs abdominales, nausées, constipation, insomnie, tremblements), des plaintes somatiques (tensions musculaires) et des changements au plan du comportement (agitation, irritabilité). Ces symptômes sont aussi présents dans certaines maladies et il devient donc difficile de faire la distinction. Au niveau cognitif, certains changements sont associés à l'anxiété : déficit d'attention, faible capacité de concentration à plus long terme, problèmes de mémoire (Botez-Marquard et Boller, 2005). Le diagnostic d'anxiété est donc nettement compliqué par cette similarité entre

les manifestations anxieuses et les manifestations de divers problèmes de santé associés au vieillissement. Selon Lindesay et Banerjee (1994), les symptômes somatiques de l'anxiété sont trop souvent attribués à tort à des maladies physiques et donc conduisent à des interventions d'ordre médical plutôt que psychologique.

Outre les manifestations physiques et cognitives, Wertheimer (1997) mentionne que la peur, la confusion, la désorientation et l'inquiétude sont présentes sur des thèmes tels que la santé, la propriété (par exemple la peur d'être volé), les finances et la famille. De plus, l'auteur indique aussi que les comportements d'évitement, de repli dans l'habitude et de routine prédominent.

Dans l'ensemble, l'importance des symptômes somatiques (physiques et cognitifs), dans les syndromes et symptômes anxieux, complique la détection efficace de ces derniers chez l'individu âgé, ceci étant dû aux affections médicales fréquentes chez cette population. L'anxiété chez les aînés est davantage associée aux pertes, que ces dernières soient physiques, psychologiques ou environnementales et comme cette période de la vie en comporte de nombreuses, la fréquence est donc élevée. Les professionnels de la santé demeurent donc dans une confusion manifeste en ce qui concerne la source des malaises rapportés par la personne âgée. Tout comme pour la dépression, la détérioration de la santé et l'ajout de pertes de toutes sortes provoquent une mouvance rendant le diagnostic de l'anxiété instable et demandant une adaptation constante du traitement, encore une fois comportant une part d'essais et d'erreurs.

1.4 La comorbidité de la dépression et de l'anxiété chez la personne âgée

Pour compliquer le tout, il semble que les symptômes anxieux et dépressifs soient souvent en comorbidité, voire associés, et qu'il soit difficile de les départager chez la population âgée (Gayle Beck et Averill, 2004; Sheikh, 1992). Selon le DSM-IV-TR (APA, 2003), le taux de prévalence ponctuelle serait de 0,8 % dans la population générale pour le trouble mixte anxiété-dépression. Chez les personnes de 65 ans et plus, cette prévalence serait plus fréquente, comme le rapportent Schoevers, Beekman, Deeg, Jonker et Van Tilburg (2003). En effet, ces auteurs estiment à 1,8 % le problème mixte d'anxiété-dépression.

1.5 Les déficits cognitifs dans la démence

Avant d'apporter plus de précision sur la MA, il convient de la situer parmi les divers symptômes et manifestations de la démence. Une telle démarche permettra aussi de mieux faire ressortir la pertinence de s'attarder aux manifestations dépressives et anxieuses dans la maladie d'Alzheimer.

1.5.1 Les manifestations et symptômes de la démence

L'expression déficit cognitif réfère à un concept large qui renferme une foule de symptômes et de manifestations. On propose une classification qui débute par

l'identification du processus réversible ou irréversible de la démence. Il indique que dans le processus réversible, la personne présente des déficits cognitifs jusqu'à ce que le problème sous-jacent soit traité, comme par exemple dans la pseudo-démence dépressive, l'hydrocéphalie normotensive, les délirium dus à l'alcool, la drogue, les médicaments ou les problèmes endocriniens (Botez-Marquard et Boller, 2005; Durand et Barlow, 2002; Habib et al., 1991).

L'intérêt de cette recherche porte principalement sur les processus démentiels irréversibles. Encore là, on retrouve plusieurs troubles forts différents. En effet, Botez-Marquard et Boller (2005) expliquent pourquoi certaines démences irréversibles sont dites primaires, alors que d'autres sont qualifiées de secondaires. Dans les démences secondaires, les auteurs précisent que les déficits cognitifs sont causés par un système autre que le cerveau lui-même et que l'on peut améliorer l'état cognitif du patient ou du moins l'empêcher de dégénérer davantage en traitant l'autre système. Le processus démentiel peut donc cesser d'évoluer. Entrent dans cette catégorie la démence par multi-infarctus et la maladie de Biswanger.

Toujours selon Botez-Marquard et Boller (2005), les démences irréversibles dites primaires concernent directement le tissu cérébral. En effet, c'est celui-ci qui a une pathologie dégénérative. C'est ce processus démentiel qui attire l'attention dans la présente recherche. Cependant, on peut encore subdiviser ce trouble en deux entités, les démences irréversibles dégénératives corticales et les sous-corticales. Botez-Marquard et Boller (2005), ainsi que Durand et Barlow (2002), précisent que les maladies se

rapportant aux fonctions sous-corticales présentent, d'une manière prédominante, des manifestations liées aux mouvements du corps (maladie de Parkinson et chorée de Huntington) alors que les maladies concernant les fonctions corticales présentent, quant à elles, des manifestations liées aux fonctions cognitives telles que la mémoire, le langage et les fonctions exécutives.

Plus précisément, on retrouve des maladies dites corticales antérieures (les lobes frontaux) comme la maladie de Pick et la démence fronto-temporale et une maladie dite postérieure (lobes pariétaux, temporaux, occipitaux), la MA (Botez-Marquard et Boller, 2005; Habib et al., 1991).

Ce bref portrait de tout ce que peut représenter les « déficits cognitifs » permet de réaliser qu'il serait inconcevable de vouloir aborder toutes ses formes de pathologies dans une seule recherche, surtout lorsque cette dernière est exploratoire. La rigueur essentielle à toute recherche, dans le but d'éviter de s'éparpiller dans l'exploration d'une hypothèse, nécessite de faire des choix, notamment face à la complexité et l'étendue des déficits cognitifs.

Ainsi, comme la dépression et l'anxiété présentent une composante neurochimique (Botez-Marquard et Boller, 2005; Durand et Barlow, 2002; Lalonde et al., 1999), l'idée d'orienter le choix vers un processus dégénératif primaire paraît pertinente. En effet, la source du problème cognitif touchant directement les tissus et les neurotransmetteurs du cerveau, cela permet de concentrer la recherche sur le système

nerveux, sans avoir à l'étendre exhaustivement aux systèmes cardio-vasculaire et endocrinien, par exemple.

À partir de ce choix, les atteintes d'ordre cortical ou sous-cortical demeurent en liste. Comme les maladies dégénératives sous-corticales présentent des manifestations motrices notables et que celles-ci sont des symptômes de premier plan dans ces maladies (Botez-Marquard et Boller, 2005; Durand et Barlow, 2002), il paraît, encore une fois, pertinent de les exclure. En effet, les manifestations anxio-dépressives n'ont pas ces manifestations motrices dans leur symptomatologie, à l'exception du ralentissement psycho-moteur dans la dépression et des possibles tremblements dans l'anxiété, comme mentionné précédemment. Il reste donc les maladies dégénératives primaires corticales. La MA est la plus fréquente, elle représente 64 % des démences selon Monat (2001), Habib et ses collaborateurs (1991), de même que pour Lalonde et ses collaborateurs (1999). Elle est aussi la plus fréquente pour Durand et Barlow (2002) qui indiquent pour leur part que la MA représente 50 % des démences. Somme toute, question de rigueur et d'efficacité directe pour les milieux cliniques, la MA doit être retenue pour la présente étude.

1.5.2 La maladie d'Alzheimer

Avant d'aborder la problématique de la dépression et de l'anxiété dans la MA, certaines généralités concernant la maladie seront présentées. Tout d'abord, une série de statistiques descriptives permettront de constater, ou de se rappeler, l'ampleur des

maladies neurodégénératives. Par la suite, les critères diagnostiques de la MA sont décrits, de même que les manifestations neuropsychologiques selon un contexte de dégénérescence. À la suite à ces informations, la dépression et l'anxiété dans la MA sont introduites pour faire le point sur l'état des connaissances actuelles sur le sujet.

1.5.2.1 Les statistiques descriptives

Selon l'Étude canadienne sur la santé et le vieillissement (cueillette de données en 1996) dont certains résultats sont accessibles via le site internet de la Société Alzheimer du Canada, on estime à 97 000 le nombre de nouveaux cas de démence en 2007, dont 59 340 femmes et 37 800 hommes. Environ 300 000 canadiens de 65 ans et plus ont une MA. D'ici 2011, on estime à 111 430 le nombre de nouveaux cas de démences chaque année. De ce nombre, 67 630 sont des femmes et 43 800 sont des hommes. Cette étude évalue également qu'en 2031, 750 000 canadiens seront atteints de la MA ou d'affections connexes. Dans la catégorie des 65 ans et plus, 1 canadien sur 13 est atteint de la MA ou d'une affection connexe. Plus spécifiquement pour la MA, entre 65 et 74 ans, on retrouve 1 adulte sur 100 ayant un diagnostic, alors que ce chiffre grimpe à 1 personne sur 9 pour les 75 à 84 ans et qu'il est encore plus élevé chez les 85 ans et plus, atteignant le tiers de cette cohorte.

Toujours selon les informations rapportées sur le site internet de la Société Alzheimer du Canada, une étude de Léger Marketing réalisée en 2006 indique que 32 % des canadiens connaissent une personne ayant un diagnostic de MA et que dans 21 %

des cas, il s'agit d'un membre de leur famille. On précise également que les deux tiers des personnes atteintes sont des femmes dans le groupe des 65 ans et plus.

Ce même site de consultation affiche également des chiffres pour la province de Québec. Ces derniers proviennent aussi de l'Étude canadienne sur la santé et le vieillissement. Ainsi en 2007, chez les 65 ans et plus, on estime que les maladies neurodégénératives touchent 105 600 personnes au Québec et que 70 230 d'entre elles sont atteintes de la MA.

Une étude canadienne, datant de 1994, est présentée dans le livre de Lalonde et ses collaborateurs (1999). La prévalence de la démence est de 2,4 % pour les 65-74 ans, de 11,1 % pour les 75-84 ans et de 34,5 % chez les 85 ans et plus. Selon cette dernière étude, c'est 8 % de la population des 65 ans et plus qui a une démence au Canada.

Pour leur part, Durand et Barlow (2002) présentent des fréquences et incidences pour la démence en générale qui proviennent d'études américaines. Les auteurs indiquent que la démence se présenterait à une fréquence de 1 % chez les 65-74 ans, de 4 % chez les 75-84 ans et de 10 % chez les plus de 85 ans. Au plan de l'incidence, les auteurs rapportent un taux annuel de 2,3 % chez les 75-79 ans, de 4,6 % chez les 80-84 ans et de 8,5 % chez les 85 ans et plus.

Par ailleurs, les sources documentaires rapportent plus de cas de MA chez les femmes, que ce soit des sources canadiennes ou américaines (Durand et Barlow, 2002; Monat, 2001). L'étude canadienne datant de 1994, présentée par Lalonde et ses

collaborateurs (1999), obtient une prévalence de 6,9 % pour les hommes et de 8,6 % chez les femmes. Durand et Barlow (2002) expliquent cette différence dans le ratio homme-femme par le fait que les femmes vivent plus longtemps que les hommes, mais ils ajoutent que la longévité ne serait pas la seule explication, sans toutefois en fournir d'autres. Pour Botez-Marquard et Boller (2005), le fait que les femmes sont davantage atteintes de MA ne serait que le reflet de leur plus grande longévité et l'incidence de la MA est, en fait, similaire dans les deux sexes.

1.5.2.2 Les critères diagnostiques

Selon le DSM-IV-TR (APA, 2003), la maladie d'Alzheimer se caractérise premièrement et précocement par un déficit des fonctions mnésiques auquel doit s'ajouter au moins une des difficultés suivantes : perturbation du langage, apraxie (altération de la capacité à réaliser une activité motrice malgré des fonctions motrices intactes), agnosie (impossibilité de reconnaître ou d'identifier des objets malgré des fonctions sensorielles intactes), difficulté d'orientation spatiale, temporelle et personnelle, perturbations des fonctions exécutives (faire des projets, organiser, ordonner son temps, avoir une pensée abstraite, raisonnement et jugement faible, modifications du comportement et de la personnalité) (APA, 2003; Botez-Marquard et Boller, 2005; Durand et Barlow, 2002; Habib et al., 1991; Lalonde et al., 1999). Les auteurs ajoutent également à ces informations que le début du processus dégénératif doit être insidieux et continu, qu'il doit affecter le fonctionnement social ou professionnel et représenter un déclin comparativement au niveau de fonctionnement antérieur. De plus,

les symptômes ne doivent pas survenir au cours d'un délirium ou d'une autre affection médicale ou être induits par une substance.

1.5.2.3 Le processus dégénératif et les manifestations neuropsychologiques

Plus la personne progresse dans la MA, plus on retrouve l'ensemble des symptômes cités. Botez-Marquard et Boller (2005) parlent d'un premier stade qu'ils nomment amnésique puisque les troubles de mémoire y prédominent. Ils poursuivent avec un second stade appelé démentiel dans lequel on observe nettement les conséquences du déclin intellectuel. Puis, le troisième et dernier stade est celui qu'ils nomment végétatif où le malade est en dépendance complète. Donc, lorsque le patient se situe dans les stades modérés et sévères de la maladie, on observe une majorité des manifestations décrites dans les critères diagnostiques (Durand et Barlow, 2002).

D'autre part, en début de maladie, les atteintes des fonctions exécutives (frontales) peuvent être plus souvent secondaires aux atteintes temporales et pariétales (Botez-Marquard et Boller, 2005). En effet, il est bien difficile de planifier notre journée sans se souvenir de ce que nous devons faire. Cependant, avec l'avancement de la maladie et l'étendue de celle-ci sur les parties antérieures du cerveau (frontales), les atteintes des fonctions exécutives deviennent à la fois secondaires et primaires.

De même, la communication entre les fonctions corticales et sous-corticales est également affectée. Ainsi, on retrouve des manifestations telles que l'exagération de certains traits de la personnalité, des modifications de l'humeur par une tonalité dépressive ou de l'indifférence affective, des troubles de la concentration et de

l'attention, des manifestations obsessionnelles, de l'agitation et des comportements violents (Botez-Marquat et Boller, 2005; Habib et al., 1991). Ces différentes manifestations sont associées à des atteintes frontales et aux mécanismes frontaux cortico-sous-corticaux (Bérubé, 1991; Botez-Marquard et Boller, 2005; Habib et al., 1991).

Selon Botez-Marquard et Boller (2005), l'avancement dans la MA provoque précocement des difficultés au plan de l'attention, fonction très vulnérable et qui relève non seulement des lobes frontaux, mais également des aires postéro-pariétales et du cortex cingulaire, tout dépendant du type d'attention. Les malades atteints de MA montrent un rendement plus ou moins déficitaire des processus attentionnels, particulièrement en ce qui a trait à l'attention partagée. De même, le mécanisme d'inhibition est touché précocement dans la MA (Botez-Marquard et Boller, 2005). Ces auteurs ajoutent que ces deux déficits relèvent principalement du processus d'autorégulation, fonction assurant le contrôle de l'attention, des comportements et des émotions, de même que la flexibilité cognitive. Aussi, lorsque ce processus fait défaut, nous observons, en plus des lacunes attentionnelles, un mauvais contrôle des comportements et émotions amenant de l'agitation, de l'agressivité, des crises de colère ou de pleurs, de la désinhibition ou de l'apathie. Pour sa part, le manque de flexibilité se reflète, selon ces auteurs, dans la persévération et la rigidité dans les comportements et émotions, ce qui nuit fortement aux capacités d'adaptation. Finalement, il est pertinent d'ajouter que les auteurs spécifient que les troubles des fonctions exécutives dans la MA sont de moindre intensité que dans la démence fronto-temporale.

1.6 La dépression et l'anxiété chez la personne atteinte de la maladie d'Alzheimer

La présente section, une revue de la documentation concernant la dépression et l'anxiété dans la MA, permet d'entrer spécifiquement dans le sujet de l'étude. La première partie fait état des différentes connaissances quant aux manifestations de la dépression dans la MA, les études rapportées sont majoritairement américaines et aucune n'est québécoise. La seconde partie présente les connaissances spécifiques à l'anxiété dans la MA. Encore une fois, les recherches ont été effectuées aux États-Unis. Finalement, une courte section fait le point sur la comorbidité des manifestations dépressives et anxieuses dans la MA.

1.6.1 La dépression

La dépression serait très présente chez les personnes atteintes de la MA, mais également très variable puisque les recherches rapportent qu'entre 0 et 87 % des sujets déments manifestent des symptômes de dépression (Landreville et al., 2005; Vilalta-Franch et al., 2006). Une moyenne de tous les pourcentages se situerait autour de 30 % selon Teri et ses collaborateurs (1999) et entre 20 % et 30 % selon Vilalta-Franch et ses collaborateurs (2006).

Plus précisément, Landreville et ses collaborateurs (2005) parlent de 5 à 15 % pour la dépression majeure, 25 % pour la dépression mineure et 50 % pour les symptômes dépressifs. Ces résultats sont plus élevés selon l'article de Onega (2006) qui

rapporte que 50 % des adultes atteints de démence développent une dépression mineure ou des symptômes dépressifs, alors que la dépression majeure se retrouve chez 15 % à 20 % d'entre eux.

Plus récemment, l'étude de Vilalta-Franch et ses collaborateurs (2006) a évalué la prévalence de la dépression selon cinq classifications différentes : International Classification of Diseases, 10th Revision (ICD-10); Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition (DSM-IV); Cambridge Examination for Mental Disorder of the Elderly (CAMDEX); Provisional Diagnostic Criteria for depression in AD (PDC-dAD); et Neuropsychiatric Inventory (NPI). La prévalence de la dépression est de 4,9 % selon le ICD-10; de 13,4 % selon le DSM-IV; de 9,8 % selon le CAMDEX; 27,4 % selon le PDC-dAD; et finalement de 43,7 % selon la sous-échelle dépression du NPI. Les auteurs indiquent donc que les nombreuses différences obtenues dans la prévalence de la dépression dans la MA entre les différentes études publiées, peut s'expliquer en bonne partie par le choix des critères diagnostiques utilisés puisque ceux-ci ont une faible relation entre eux, du moins selon leurs cinq classifications. L'étude suggère que l'utilisation de critères diagnostiques généraux tels que le ICD-10, le DSM-IV et le CAMDEX résulte en une prévalence plus faible que lors de l'utilisation d'une échelle de critères spécifiques aux personnes atteintes de MA telle que le PDC-dAD.

Selon une étude de Ballard, Neill, O'Brien, McKeith, Ince et Perry (2000), 8 % des personnes atteintes de MA rencontrent les critères d'une dépression majeure. Ces

auteurs ajoutent que 22 % de ces malades ont un épisode de dépression à la suite de l'annonce du diagnostic et que pour 9 % d'entre eux cette période dure plus de six mois.

Toutefois, une étude de Haupt, Kurz et Jänner (2000) dévoile une augmentation des symptômes dépressifs avec le passage du temps ce qui induit inévitablement une diminution des habiletés cognitives. Ces chercheurs obtiennent une prévalence de 57 % de symptômes dépressifs au début de l'étude et de 78 % après deux ans. Il est pertinent d'ajouter que les 60 personnes de l'échantillon sont atteintes de MA de stades légers à sévères.

Ballard, Bannister, Solis, Oyebode et Wilcock (1996) ont trouvé une relation positive entre une histoire personnelle de dépression et la présence de dépression dans un contexte de démence. On a aussi retrouvé une association entre la présence de moments de lucidité et les manifestations de symptômes dépressifs (Ballard et al., 1996). L'explication proposée par une étude de Thorpe et Groulx publiée en 2001 et rapportée par Landreville et ses collaborateurs (2005), serait que l'autocritique étant davantage présente au stade léger, le patient prend davantage conscience de ses difficultés, ce qui occasionne la dépression. Cependant, les auteurs ajoutent que les données publiées à ce sujet sont contradictoires.

Dans le même ordre d'idées, la documentation témoigne une variabilité notable sur la fréquence des symptômes dépressifs chez les personnes atteintes de démence, mais également sur le moment, durant le processus de la maladie, où ces symptômes sont le plus susceptibles de survenir (e.g. Ballard et al., 2000; Bungener, Jouvent et

Derouesné, 1996; Haupt et al., 2000; Landreville et al., 2005, Teri et al., 1999). En effet, certaines recherches obtiennent des résultats montrant davantage de symptômes dépressifs en début de maladie, alors que d'autres rapportent un plus grand nombre de symptômes dans les stades modérés et sévères. Ballard et ses collaborateurs (2000) ainsi que Onega (2006) précisent, pour leur part, que la dépression est présente à tous les niveaux de déficits cognitifs.

Selon Camus, Schmitt, Ousset et Micas (1995), la dépression serait secondaire à la démence et compliquerait l'évolution naturelle du syndrome démentiel. Les auteurs précisent qu'elle serait « soit réactionnelle à la prise de conscience du déficit cognitif, soit endogène, conséquence des remaniements neurochimiques de la démence » (Camus et al., 1995, p. 201). De plus, des maladies somatiques ou métaboliques, des déficits sensoriels ou alimentaires, de même que des maladies infectieuses ou inflammatoires et des intoxications médicamenteuses peuvent engendrer des symptômes dépressifs (Landreville et al., 2005).

La dépression chez les personnes atteintes de MA n'est pas sans conséquence puisqu'elle diminue la performance aux activités de la vie quotidienne et domestique, qu'elle nuit à la communication et augmente les séjours hospitaliers (Landreville et al., 2005; Onega, 2006).

Comme mentionné précédemment, la dépression chez les personnes âgées se trouve complexifiée par la série de facteurs mentionnés. Chez les personnes Alzheimer, les choses ne s'éclaircissent pas puisque la plupart d'entre elles sont aussi aux prises

avec les pertes typiques associées à la dépression chez les personnes âgées : détérioration de la santé physique et psychologique, deuil et solitude. Il est fort probable qu'elles souffrent de symptômes dépressifs, mais ceux-ci sont-ils une cause endogène de la MA? Sont-ils dus aux conséquences de cette dernière? Aux médicaments? À d'autres affections médicales? On sait pertinemment qu'on doit se méfier des symptômes somatiques de la dépression qui ne sont pas une source fiable pour identifier ce syndrome chez les sujets âgés déments et que le sujet lui-même n'est pas toujours fiable pour évaluer ses états psychologique et physique (Vasterling, Seltzer et Watrous, 1997). Nous retrouvons donc les mêmes difficultés diagnostiques que pour la population âgée en générale et nous ajoutons à ceci une affection médicale touchant directement les structures du cerveau et son fonctionnement neurochimique.

1.6.2 L'anxiété

La plupart des définitions de l'anxiété incluent deux aspects : une anxiété psychologique ou d'inquiétude et des éléments portant plutôt sur les manifestations physiques de l'anxiété comme les tensions musculaires, par exemple. Selon Landreville et ses collaborateurs (2005), le premier aspect est peu présent chez des personnes atteintes de MA et le second prédomine puisque l'anxiété se constate à partir de manifestations neurovégétatives ou troubles de comportement (agitation, errance, questions et demandes répétitives, réactions catastrophiques). Pour Onega (2006), plus la MA progresse, s'accompagnant d'une perte dans la communication verbale réceptive ou

expressive, plus les symptômes d'anxiété se manifestent par de l'agitation ou de l'irritabilité.

Selon Landreville et ses collaborateurs (2005), les études concernant les manifestations anxieuses chez les personnes atteintes de MA sont plutôt rares. Ces auteurs rapportent une grande fréquence des symptômes anxieux, mais également une grande variabilité selon les études puisque les pourcentages varient entre 17 et 71 %. La publication de Starkstein, Jorge, Petracca et Robinson (2007) rapporte également ces résultats contradictoires entre les différentes études. Selon eux, ce problème est présent parce qu'il n'y a pas de critères valides pour diagnostiquer l'anxiété généralisée chez les personnes atteintes de MA. Ces auteurs valident donc certains critères diagnostiques auprès d'un échantillon de personnes atteintes de MA. On y retrouve l'agitation, l'irritabilité, les tensions musculaires, les peurs et les symptômes somatiques respiratoires, le tout dans un contexte d'anxiété excessive et d'inquiétudes. En utilisant leurs critères diagnostiques, 10 % de leur échantillon présente une anxiété généralisée, alors que selon les critères du DSM-IV, on en retrouve 15 % et cette prévalence diminue à 9 % selon l'ICD-10.

Une étude de Ballard et ses collaborateurs (2000) rapporte que deux symptômes anxieux ou plus sont présents chez 38 % d'un échantillon de personnes atteintes de MA. Ils spécifient également que les résultats montrent que l'anxiété paraît davantage présente chez ceux qui ont moins de déficits cognitifs. Cette information est également rapportée dans l'article de Onega (2006). L'auteure l'explique par les inquiétudes que

les personnes atteintes de MA portent face à la maladie et son implication future en termes de maladie dégénérative. Toutefois, Haupt et ses collaborateurs (2000) obtiennent des résultats différents puisque leur échantillon de 60 personnes atteintes de MA de stades léger à sévère présente une prévalence de 35 % lors de la première mesure et de 66 % lors de la seconde mesure, deux ans plus tard.

Selon Teri et ses collaborateurs (1999), les manifestations anxieuses et les comportements d'agitation, d'agressivité et d'argumentation sont reliés. Toutefois, Landreville et ses collaborateurs rapportent une étude de Bolger datant de 1994 qui ne présente pas de lien systématique entre l'anxiété et l'agitation. Cette variabilité notable interroge sur la définition même de ces deux concepts dans un contexte de maladie d'Alzheimer.

Par ailleurs, tout comme pour la dépression, les patients anxieux auraient une qualité de vie amoindrie et davantage de difficultés à réaliser les activités de la vie quotidiennes et domestiques (Gibbons et al., 2006).

La fréquence, des symptômes dépressifs et anxieux, est élevée et variable, les causes sont multiples et l'on ne peut associer les manifestations anxieuses à certains stades de la maladie puisque les recherches se contredisent. Ainsi, comme pour les manifestations dépressives, la compréhension actuelle des problèmes anxieux chez les personnes atteintes de MA donne lieu à des interprétations contradictoires. D'ailleurs, les études portant sur l'anxiété dans la MA sont moins nombreuses que celles portant sur la dépression.

1.6.3 La comorbidité de la dépression et de l'anxiété dans la maladie d'Alzheimer

Dans un autre ordre d'idées, il a été mentionné précédemment que distinguer l'anxiété de la dépression est compliquée dans la population âgée. Dans la littérature portant spécifiquement sur les démences, on rapporte le même problème et on suggère fortement de ne pas traiter séparément ces deux troubles lors des études (Salzman et al., 1991). Selon Teri et ses collaborateurs (1999), un grand pourcentage (54 %) de patients atteints de MA présentent des effets de la dépression et de l'anxiété en comorbidité. Selon Onega (2006), on retrouve entre 31 % et 60 % des gens atteints de démence qui ont à la fois des manifestations de dépression et des comportements anxieux.

Dans l'étude de Starkstein et ses collaborateurs (2007) portant sur l'anxiété généralisée dans la MA, 26 % des personnes présentant une dépression majeure, ont aussi rencontré les critères diagnostiques de l'anxiété généralisée. Chez les sujets n'ayant pas de dépression majeure, seulement 5 % remplissent les critères d'une anxiété généralisée. Ces auteurs ajoutent que les personnes ayant à la fois une dépression majeure et une anxiété généralisée témoignent de déficits cognitifs plus sévères que ceux présentant une dépression majeure sans anxiété généralisée et vice-versa. Landreville et ses collaborateurs (2005) rapportent des informations indiquant que les manifestations anxieuses dans la MA sont reliées significativement aux manifestations dépressives, mais qu'elles ne le sont pas avec la gravité des atteintes cognitives.

Pour Gibbons et ses collaborateurs (2006), qui obtiennent une corrélation plus élevée entre un questionnaire de dépression et un questionnaire d'anxiété comparativement à deux questionnaires d'anxiété différents, le problème provient du fait que l'anxiété n'est pas bien différenciée de la dépression chez les personnes atteintes de MA. Ils concluent donc que la mesure de l'anxiété dans la démence a besoin de raffinement, mais pour l'instant, les mesures disponibles ne permettent pas de séparer l'anxiété et la dépression chez les personnes atteintes de la MA.

1.7 Objectif

La documentation portant sur l'anxiété et la dépression chez les personnes atteintes de MA présente beaucoup de statistiques descriptives (par exemple : Ballard et al., 2000; Haupt et al., 2000; Teri et al., 1999). En effet, les études portent sur la prévalence de l'anxiété et de la dépression (symptômes ou syndromes), mais ne s'aventurent pas sur les causes. L'exploration de la présence d'anxiété et de dépression dans la MA se bute à des problèmes cognitifs, à des problèmes de santé physique, à la consommation de nombreux médicaments et aux manifestations psychologiques et sociales, dans un processus dégénératif complexe. Le chercheur, tout comme l'intervenant, fait face à des problèmes de communication, soit par une aphasie, un trouble de dénomination ou une mauvaise compréhension, qui empêchent de bien évaluer la présence de symptômes somatiques dus à l'anxiété et à la dépression.

Sommes-nous face aux effets des symptômes somatiques anxio-dépressifs ou à de véritables affections médicales?

On doit aussi tenir compte du fait que les personnes atteintes de la démence de type Alzheimer ne sont pas toujours de bons juges de leur humeur et de leurs capacités (Vasterling et al., 1997). Il est problématique de se fier à leur propos, car on documente la présence d'une anosognosie frontale, portant sur une mauvaise compréhension de l'impact des déficits dans la vie de tous les jours et des difficultés marquantes au plan de l'autocritique et du jugement (Habib et al., 1991; Van der Linden, Seron, Le Gall et Andrès, 1999). De plus, les comportements perturbateurs tels l'agitation et l'agressivité sont fortement reliés à l'anxiété, mais sont-ils toujours des manifestations anxieuses ou parfois seraient-ils des manifestations des déficits des lobes frontaux? En outre, l'anxiété et la dépression sont parmi les troubles les plus associés.

Il n'est donc pas surprenant que les résultats obtenus par les diverses recherches ne soient pas cohérents entre eux. Tenir compte de tous les facteurs devient un exploit! À la suite de la lecture de la documentation, une des questions importantes qui demeure en suspens est la source des manifestations anxio-dépressives. Est-ce une conséquence même du remaniement neurochimique et de la dégénérescence des structures corticales ? Ou une conséquence de l'autocritique qu'une personne peut avoir face à ses pertes et à la peur associée à une telle maladie ? L'autocritique étant fortement altérée dans les stades modérés et sévères, de même que les atteintes neurologiques de plus en plus diffuses, il pourrait être pertinent de croire que les manifestations anxieuses et dépressives, telles

que comprises habituellement, ne s'appliquent plus pour les gens atteints de MA modérée à sévère. Celles-ci relèveraient davantage des atteintes neurologiques et devraient donc être comprises et traitées en ce sens.

Et si une partie de la solution était de remonter à la définition même des manifestations d'anxiété et de dépression dans la MA. Serait-il possible que la définition habituelle de ces syndromes ne puisse plus s'appliquer efficacement à cette population et qu'on doive sortir du cadre usuel? De plus, la compréhension de ces manifestations demeure-t-elle la même aux divers stades de dégénérescence de la MA? Serait-il possible que nous soyons face aux mêmes symptômes, mais que le phénomène sous-jacent soit différent selon le stade de la MA?

Le but de la présente étude est d'explorer la relation entre la gravité des manifestations anxio-dépressives et le processus dégénératif de la maladie au plan cognitif. Pour observer l'influence de ce processus dégénératif, une prise de mesures répétées s'impose. En effet, l'influence de la dégénérescence cognitive sur les manifestations anxieuses et dépressives ne peut être observée en une seule prise de mesure puisque le passage du temps est un facteur primordial dans la compréhension du phénomène. L'obtention d'un lien positif ou négatif entre la gravité des manifestations anxio-dépressives et le fonctionnement cognitif, de même que les diverses relations obtenues entre les variables et les diverses fréquences en fonction du passage du temps, pourraient permettre de revoir, d'une manière exploratoire, la compréhension des

manifestations anxieuses et dépressives chez la personne âgée atteinte de la MA, ou la fréquence des manifestations face au passage du temps.

Méthodologie

Ce chapitre décrit, tout d'abord, les propriétés associées à l'échantillon, que ce soit en termes de statistiques descriptives ou de données sociodémographiques. La seconde section présente les différentes propriétés des instruments de mesure utilisés ainsi que les raisons qui ont conduit à les choisir. Par la suite, le déroulement de l'étude est relaté et des informations au plan éthique et sur le devis de recherche sont spécifiées.

2.1 Les participants

Les participants demeurent à la Maison Jean XXIII à Trois-Rivières, résidence spécialisée accueillant des personnes ayant des atteintes cognitives. Davantage de précisions sont fournies, quant au recrutement, dans la section de ce chapitre traitant du déroulement de la recherche.

La première prise de mesure est réalisée auprès de 30 participants atteints de la MA (2 hommes; 28 femmes) (3 au stade léger; 27 au stade modéré) dont l'âge varie de 69 à 92 ans, pour une moyenne de 81,16 ans. Au deuxième temps de mesure, l'échantillon diminue à 28 participants (2 hommes; 26 femmes) (2 au stade léger; 24 au stade modéré; 2 au stade sévère). Les deux participantes perdues ont été transférées dans un centre de soins de longue durée. La dernière prise de mesure est réalisée auprès des 25 participants demeurant toujours à la résidence (25 femmes) (1 au stade léger; 22 au stade modéré; 2 au stade sévère). Des trois participants perdus (deux hommes et une

Tableau 1

Description des participants selon les trois temps de mesure

	Temps de mesure		
	Temps 1	Temps 2	Temps 3
Nombre de participants	30	28	25
Sexe	2 hommes	2 hommes	25 femmes
	28 femmes	26 femmes	
Âge	M = 81,16 ans	M = 81,68 ans	M = 83,16 ans
	ÉT = 6,01 ans	ÉT = 5,81 ans	ÉT = 5,68
	Min = 69 ans	Min = 69 ans	Min = 70 ans
	Max = 92 ans	Max = 93 ans	Max = 93 ans
Nombre de participants au stade léger	3	2	1
Nombre de participants au stade modéré	27	24	22
Nombre de participants au stade sévère	0	2	2

femme), deux ont été transférés dans un centre de soins de longue durée et un est décédé (voir Tableau 1).

Tableau 2
Description de l'échantillon final au temps 1

	Participants
Nombre/sexe	24 femmes
Âge	M = 81,63 ans ÉT = 5,55 Min = 69 ans Max = 92 ans
Stades de la MA	2 au stade léger 22 au stade modéré
État civil	Veuves : 66,7 % Mariées ou conjointes de fait : 12,5 % Célibataires : 12,5 % Séparées ou divorcées : 8,3 %
Emploi	À la maison : 41,7 % Domaine à faible revenu : 37,5 % Domaine à revenu moyen : 20,8 %

À la suite des trois prises de mesure, une des participantes ne montre aucun déclin cognitif sur une période de 15 mois. Elle est donc retirée de l'échantillon

puisque cette stabilité invalide le diagnostic de MA. L'échantillon final est donc composé de 24 participantes.

L'âge des participantes composant l'échantillon final varie de 69 à 92 ans, pour une moyenne de 81,63 ans. Les participantes possèdent un niveau de scolarité variant de 2 à 13 ans ($M = 8,82$ ans). La majorité des participantes sont veuves. Seulement trois d'entre elles sont toujours mariées ou conjointes de fait alors que trois sont célibataires et deux séparées ou divorcées. Au plan professionnel, près de la moitié de ces femmes n'ont pas occupé d'emploi et sont demeurées à la maison. Les autres ont travaillé dans des domaines à faible revenu ou à revenu moyen (voir Tableau 2).

Au plan pharmacologique, des informations sont recueillies sur la prise des médicaments suivants : (1) inhibiteurs de la cholinestérase; (2) médicaments visant l'amélioration de l'état du système cardio-vasculaire (par exemple, anti-angineux et antihypertenseur); (3) anxiolytiques; (4) antidépresseurs et (5) antipsychotiques. Les autres médicaments, tels que les antibiotiques, les antihistaminiques et les anti-inflammatoires, par exemple, n'ont pas été retenus pour les calculs statistiques puisque leur prescription vise des problèmes de santé s'éloignant de la problématique à l'étude. Par ailleurs, il est également important de préciser que la majorité de ces médicaments est administrée tous les jours. À ce propos, on retrouve deux personnes qui ont deux prescriptions d'anxiolytique ou d'antidépresseur. Pour ces deux cas seulement, le second anxiolytique ou le second antidépresseur est administrée au besoin, donc sans posologie régulière. Tous les autres médicaments sont journaliers. Le Tableau 3 permet d'illustrer

Tableau 3

Nombre de personnes recevant un traitement pharmacologique selon les trois temps de mesure ($N = 24$).

Traitement pharmacologique	Temps de mesure		
	Temps 1	Temps 2	Temps 3
Inhibiteur de la cholinestérase	19 (79,2 %)	19 (79,2 %)	16 (66,7 %)
Cardio-vasculaire	13 (54,2 %)	15 (62,5 %)	14 (58,3 %)
Anxiolytique	5 (20,8 %)	5 (20,8 %)	4 (16,7 %)
Antidépresseur	3 (12,5 %)	5 (20,8 %)	2 (8,3 %)
Antipsychotique	10 (41,2 %)	12 (50 %)	14 (58,3 %)

le nombre de participants qui reçoivent un traitement pharmacologique selon les trois temps de mesure.

Les informations relevées dans le Tableau 3 permettent de constater que plus de la moitié des participantes sont médicamenteuses pour des problèmes associés au système cardio-vasculaire. De ce nombre, plus de la moitié des bénéficiaires consomment deux ou trois médicaments à visée cardio-vasculaire ($T1 = 9$ (69,2 %); $T2 = 10$ (66,7 %); $T3 =$

9 (64,2 %). Le système cardio-vasculaire a un effet direct sur la cognition. Selon Gil (2000), la leucoaraïose, démyélinisation de la substance blanche périventriculaire et sous-corticale, est causée par une ischémie chronique. Toujours selon l'auteur, cette ischémie chronique est surtout présente chez les personnes âgées hypertendues. Or, la médication pour contrer l'hypertension artérielle est prescrite chez 8 (33,3 %) personnes dans l'échantillon à l'étude. Ainsi, cette possibilité doit aussi être considérée chez les sujets de recherche.

Finalement, il est également intéressant de rapporter que douze personnes (50 %) de l'échantillon ne voient aucun changement dans leur médication, tant dans la posologie que dans la médication en elle-même, et ce, lors des trois prises de mesure.

2.2 Les instruments de mesure

La présente section décrit les instruments de mesures utilisés, ainsi que leurs propriétés et les raisons qui conduisent à leur utilisation. Deux critères priment dans le choix des instruments de mesure, soit l'utilisation d'une échelle validée auprès de la population à l'étude et disponible en langue française. L'instrument neuropsychologique est d'abord présenté, suivis des instruments visant les manifestations dépressives et finalement, ceux ayant pour objectif de documenter les manifestations anxieuses.

2.2.1 *L'instrument neuropsychologique*

La mesure neuropsychologique est réalisée à partir de la version française de *l'Échelle de démence hiérarchisée* (ÉDH, Cole et Dastoor, 1995). Selon ses auteurs, cette échelle permet d'évaluer la gravité de la démence chez les personnes âgées, et ce, à divers moments de la maladie, mais elle n'est pas conçue pour établir un diagnostic. L'échelle est développée de façon à diminuer les effets de l'instabilité du rendement, de la fatigue, des déficiences physiques et émotionnelles et à faciliter la mesure des fonctions intellectuelles. Elle comporte vingt sous-tests permettant de mesurer différentes fonctions cognitives. Sa particularité est sa construction hiérarchique qui permet de suivre le déclin des fonctions neuropsychologiques et neurologiques. Chaque sous-échelle est bâtie selon une hiérarchie de 5 à 10 items, tout dépendant de la fonction évaluée. « Le principe de base étant que chaque item au bas de la sous-échelle serait réussi même par les sujets atteints de démence grave (c.-à-d. score = 1) et chaque item au haut de la sous-échelle serait réussi seulement par les sujets non-déments ou atteints de démence légère (c.-à-d. score = 10) » (Cole et Dastoor, 1995, p. 6). Un score élevé indique donc un meilleur fonctionnement cognitif qu'un score faible (score total variant de 0 à 200). Un score de 160 points et plus indique une démence légère, alors qu'un score de 40 points et moins suggère une démence grave. La zone restante, pouvant être qualifiée de modérée, s'étend donc de 41 points à 160 points

Par ailleurs, l'instrument permet une excellente adaptation lors de la passation puisqu'il se sépare en 20 courtes parties. Ceci permet à l'évaluateur de morceler la prise

de mesure au besoin, ainsi, les risques de fatigue et les réactions des sujets face à l'évaluation peuvent être amoindris. L'évaluation complète demande entre quinze et trente minutes. Le Tableau 4 présente les propriétés psychométriques de l'ÉDH.

Les études menées par les concepteurs de l'instrument montrent que 84 % de la variance des scores totaux s'explique par la gravité de la démence et qu'il n'est pas affecté par l'âge, le sexe, l'éducation ou la classe sociale (Cole et Dastoor, 1995). Selon Ousset et ses collaborateurs (1994), l'ÉDH est un meilleur discriminant dans les démences sévères que le MMSE. De plus, il possède une grande étendue permettant d'évaluer des MA de stade léger à très sévère (Cole et Dastoor, 1995). Ainsi, l'ÉDH s'avère un instrument de mesure répondant à l'objectif de la recherche puisqu'elle est adéquate pour les mesures répétées, qu'elle permet de statuer sur la gravité de la démence et enfin, la passation se révèle relativement rapide et permet une adaptation souple nécessaire avec ce genre de participants.

2.2.2 Les instruments pour évaluer la dépression

L'évaluation de la dépression est réalisée à l'aide de deux échelles, *l'Échelle de Cornell pour la démence*, version française du *Cornell Scale for Depression in Dementia* (CSDD, Alexopoulos, Abrams, Young et Shamoian, 1988, traduit et adapté par Camus et al., 1995) et *l'Échelle d'évaluation de l'humeur au cours d'une démence*, version française du *Dementia Mood Assessment Scale* (DMAS, Sunderland, Alterman et Yount, 1988, traduit et adapté par Camus et al., 1995). La CSDD comporte dix-neuf questions

Tableau 4

Propriétés psychométriques de l'ÉDH

Propriétés	Valeurs
Fidélité inter-juge	$r = 0,89$
Validité test-retest	$r = 0,84$
Consistance interne	$\alpha = 0,97$
Validité concomitante :	
- Blessed Dementia Rating Scale	$r = 0,72$
- Crichton Geriatric Rating Scale	$r = 0,74$
Sensibilité	80,8%
Spécificité	96%

Tiré de Cole et Dastoor (1995).

cotées soit 0 si le comportement est absent, 1 s'il est léger ou intermittent et 2 s'il est grave, le score total variant de 0 à 38. On peut également inscrire un A pour incapable d'évaluer. La DMAS inclut dix-sept questions dont chacune se compose de quatre descriptions de comportement. On entoure le chiffre correspondant au comportement de la personne évaluée (0, 2, 4, 6), le score total variant de 0 à 102. Pour les deux questionnaires, une cote élevée indique une présence importante de sentiments

dépressifs. Une étude de validation des versions francophones permet de constater la présence de bonnes propriétés psychométriques chez ces deux instruments (Camus et al., 1995) (voir Tableau 5).

Il est également pertinent de préciser que cette étude de validation a été réalisée avec des examinateurs externes. En effet, ces échelles s'adressent davantage aux intervenants ou aux proches, qui eux, évaluent les symptômes de la personne atteinte de MA. La présente étude utilise ces instruments selon cette même méthode.

Une étude réalisée au Danemark a comparé *l'Échelle de dépression gériatrique* (ÉDG) à la CSDD (Korner et al., 2006). Les résultats indiquent une corrélation de 0,82 entre les deux échelles. Cependant, la sensibilité de la CSDD est supérieure face à un échantillon composé de personnes ayant une démence. En effet, celle-ci obtient une sensibilité de 0,97, alors que l'ÉDG se situe à 0,83. Lorsqu'elles sont utilisées avec un échantillon de personnes sans démence, la CSDD présente une sensibilité diminuée à 0,92 et l'ÉDG augmente à 0,93.

Selon Bouvard et Cottraux (2002), l'instrument de mesure le plus utilisé, toutes populations confondues, pour évaluer la dépression est le *Hamilton Depression Rating Scale* construit par Hamilton en 1967. Pourtant, les auteurs mentionnent que *l'Échelle de dépression gériatrique* (*Geriatric Depression Scale* construite par Yesavage et Brink en 1983) est préférable puisqu'elle a été conçue et validée auprès de la population âgée, elle ne comporte pas d'items somatiques pouvant porter à confusion et présente des normes mieux adaptées.

Tableau 5

Propriétés psychométriques des questionnaires de dépression

Propriétés	Valeurs	
	CSDD	DMAS
Fidélité inter-juge	$r = 0,60^{***}$	$r = 0,59^{***}$
Validité test-retest	$r = 0,75^{***}$	$r = 0,63^{***}$
Consistance interne	$\alpha = 0,83$	$\alpha = 0,77$
Validité concomitante :		
- Hamilton Depression Rating Scale	$r = 0,79^{***}$	$r = 0,89^{***}$
$***p < 0,001$ (Camus et al., 1995)		

Un raisonnement similaire a donc guidé le choix des deux instruments de mesure retenus puisque ceux-ci sont conçus et validés auprès de la population âgée atteinte de démence. Le CSDD a été utilisé dans plusieurs études pour évaluer la dépression auprès de personnes atteintes de MA (Ballard et al., 1996; Ballard et al., 2000; Gibbons et al., 2006; Warren et al., 2001). La DMAS paraît moins utilisée. Cependant, il a été jugé pertinent de l'utiliser puisqu'elle présente certains items complémentaires à la CSDD. En effet, la DMAS comporte des items qui ne sont pas présents dans la CSDD. Ceux-ci concernent l'augmentation de l'appétit, la conscience de l'état émotionnel, la culpabilité,

le désespoir et la dépendance, ainsi que la fluence de la parole. Pour sa part, la CSDD offre aussi des items exclusifs qui traitent de la variation diurne de l'humeur, du pessimisme et des idées délirantes congruentes à l'humeur.

2.2.3 *Les instruments pour évaluer l'anxiété*

Trois instruments ont été retenus pour évaluer l'anxiété dans cette étude. Jusqu'à maintenant, aucun instrument de mesure de l'anxiété n'a été conçu pour répondre spécifiquement à la population âgée atteinte de démence. Le choix de trois instruments a pour but de combler, du moins en partie, cette lacune. D'ailleurs, Gibbons et ses collaborateurs (2006) précisent qu'un clinicien qui désire avoir une évaluation globale du niveau d'anxiété et de dépression d'une personne atteinte de MA, sans rechercher un syndrome particulier, devrait combiner des instruments de mesure de l'anxiété.

Le premier instrument retenu est l'*Échelle d'appréciation de l'anxiété de Hamilton*, version française du *Hamilton Anxiety Rating Scale* (HARS, Hamilton, 1969, traduit et adapté par Bouvard et Cottraux, 2002). Cette échelle comporte quatorze questions s'évaluant de 0 à 4 (type Likert), le score total variant de 0 à 56. Cependant, elle inclut un grand nombre d'items somatiques qui peuvent nuire à une évaluation efficace dans la population à l'étude. Malgré cela, elle est utilisée auprès des personnes démentes dans certaines études (Kim et al., 2003; Starkstein et al., 2007; Wang et al., 2005). Les études de Kim et ses collaborateurs (2003) et de Wang et ses collaborateurs (2005) ne spécifient pas si le répondant est la personne atteinte de MA ou si c'est une

tierce personne qui répond à la HARS. Lors de l'étude de Starkstein (2007), la HARS est remplie par un psychiatre à la suite d'une entrevue avec le participant et son aidant.

Selon Bouvard et Cottraux (2002), l'échelle de Hamilton présente un bon indice de gravité de l'anxiété. Toutefois, selon ces mêmes auteurs, si les personnes évaluées sont dépressives, le HARS ne permet pas de différencier les dépressifs anxieux des dépressifs non-anxieux.

Le second instrument retenu est le *Behavioral Pathology in Alzheimer's Disease Rating Scale* (BEHAVE-AD, Reisberg et al., 1987). Cette échelle se compose de six sections évaluant les différents symptômes comportementaux et psychologiques dans la démence. Seule la section G concernant l'anxiété et les phobies a été administrée. Le BEHAVE-AD est le seul questionnaire offrant une mesure de l'anxiété bâtie et validée auprès de la population à l'étude. La section G comporte quatre questions cotées de 0 (comportement absent) à 3 (comportement fréquent et intolérable pour les intervenants), le score total variant de 0 à 12. Les quatre questions ont été traduites par la chercheure.

Cet instrument est différent de la HARS, notamment parce qu'il est bâti et validé pour la population à l'étude, mais également parce qu'il est conçu pour être répondu par un observateur qui peut-être l'aidant lui-même ou un professionnel (Reisberg et al., 1987).

Tableau 6

Propriétés psychométriques des questionnaires d'anxiété

Propriétés	Valeurs		
	HARS	BEHAVE-AD	QDP (sous-échelle anxiété)
Fidélité inter-juge	$r = 0,73 \text{ à } 0,93$ ¹	$r = 0,96^{**}$ ³	
Fidélité test-retest	$r = 0,86$ ²		
Consistance interne	$\alpha = 0,85$ ²	$\alpha = 0,66$ ⁴	$\alpha = 0,74$ ⁶
Validité Concomitante	Covi : $r = 0,63 \text{ à } 0,75$ ¹ Beck : $r = 0,56$ ¹	DSS (section G du B-AD) : $r = 0,69^{***}$ ⁵	
Validité discriminante	MADRS : $r = 0,67$ ¹ BRMS : $r = 0,53$ ¹		
Sensibilité	Excellente pour sujets anxieux ou dépressifs ¹		

^{**} $p < 0,01$ ^{***} $p < 0,001$

¹ Bouvard et Cottraux, 2002; ² Shear et al., 2001; ³ Sclan et al., 1996; ⁴ Cohen et al., 1999; ⁵ Loreck et al., 1994; ⁶ Prévillle et al., 1995.

Par ailleurs, l'ajout d'un troisième questionnaire a été jugé pertinent puisque 1) la HARS n'est pas conçue pour la population à l'étude et se compose de plusieurs items somatiques et 2) la BEHAVE-AD comporte quatre questions seulement et la version française de l'étude provient d'une traduction libre de la chercheuse. Ce troisième questionnaire est la sous-échelle anxiété du *Questionnaire de détresse psychologique*

(QDP, Prévile, Potvin et Voyer, 1995). Elle comporte quatre questions se répondant sur une échelle de type Likert de 1 à 4, le score total variant de 4 à 16.

Cette échelle propose une formulation différente dans le sens où la formulation des phrases s'adresse directement à la personne. Par exemple : «Vous êtes-vous senti(e) tendu(e) ou sous pression?», comparativement à l'item deux de la HARS qui est : «Tension». Les propriétés psychométriques des trois instruments de mesure documentant l'anxiété sont décrites au Tableau 6. Il est à noter qu'une cote élevée aux échelles d'anxiété indique une présence importante de manifestations anxieuses.

Finalement, un questionnaire de renseignements généraux recueille les données sociodémographiques des participants et divers autres renseignements jugés pertinents comme les médicaments prescrits, par exemple (voir l'Appendice A).

2.3 Le déroulement

2.3.1 Recrutement

Le recrutement des participants a été réalisé à la Maison Jean XXIII de Trois-Rivières, résidence spécialisée dans l'accueil de personnes atteintes de déficits cognitifs. Le propriétaire de cette résidence privée travaille en coopération avec le réseau public de la santé et est ouvert à la participation de son milieu dans un projet de recherche. De plus, la résidence accueille une clientèle atteinte de déficits cognitifs, elle se voit donc spécialisée dans le sujet à l'étude. Un nombre important de résidents répond donc aux

critères d'inclusion et d'exclusion de la présente recherche. De plus, son environnement physique et social est géré selon les termes de l'Approche prothétique élargie, dont la philosophie est axée sur l'actualisation des compétences des résidents hébergés et où le personnel se perçoit comme un intervenant actif (Monat, 2001).

Tout d'abord, le propriétaire, la directrice et les deux intervenantes d'unité de la résidence ont été rencontrés simultanément. À la suite de la présentation du projet, les personnes ci-dessus mentionnées ont accepté de s'impliquer dans le processus. Ce groupe a alors établi la liste des résidents ayant un diagnostic de MA (critère d'inclusion), excluant un passé d'atteintes neurologiques d'ordre vasculaire et toutes autres affections neurologiques (critères d'exclusion). Les deux intervenantes des unités prothétiques ont contacté par téléphone le mandataire légal de ces résidents correspondant aux critères afin de leur expliquer le but de la recherche et leur demander la permission de fournir leur nom et numéro de téléphone à la chercheure.

À la suite d'une réponse positive du tuteur légal, ce dernier a été contacté par la chercheure pour fixer un rendez-vous. Cette rencontre permet d'expliquer le but et la procédure de l'étude; elle permet également d'obtenir l'accès au dossier et d'expliquer les risques encourus par la recherche; finalement, elle officialise la démarche proposée par la signature du formulaire de consentement par le résident et son tuteur légal (voir Appendice B).

Par ailleurs, il a été convenu que ce serait les préposées aux bénéficiaires qui rempliraient les mesures d'anxiété et de dépression. Dans plusieurs recherches, ayant

pour variable une évaluation de l'état affectif des personnes atteintes de MA, on a fait remplir le questionnaire par une tierce personne, que celui-ci soit conçu initialement pour être répondu par un observateur ou par la personne elle-même (Ballard et al., 1996; Ballard et al., 2000; Vasterling et al., 1997; Warren et al., 2001). Chaque résident a une préposée qui lui est associée, cette dernière est considérée par l'équipe comme la personne la plus adéquate pour évaluer les manifestations anxio-dépressives des participants puisqu'elle a une observation quotidienne à divers moments de la journée. Un formulaire de consentement a été signé par chacune des préposées volontaires (voir Appendice C). De plus, chaque préposée a reçu une courte formation afin de bien répondre aux questionnaires et la chercheuse est disponible pour répondre à leurs questions au besoin.

En cours de route, soit lors de la seconde prise de mesure, certains changements ont amené les intervenantes d'unités à répondre elles aussi aux questionnaires évaluant les manifestations anxio-dépressives. Elles ont donc également signé des formulaires de consentement à leur participation (voir Appendice C).

2.3.2 Cueillette de données

L'expérimentation débute en juillet 2004 pour se terminer en décembre 2005. Depuis, les études publiées valident toujours la procédure retenue pour le choix du répondant quant aux évaluations de la dépression et de l'anxiété (Onega, 2006). Cependant, Gibbons et ses collaborateurs (2006) rappellent l'importance d'interviewer

le patient même si l'évaluation qu'il fait de son niveau d'anxiété peut être affectée par la démence. Ces mêmes auteurs rapportent des résultats de Teri et ses collaborateurs en 1991 qui indiquent que les aidants obtiennent des scores plus élevés de dépression que les patients eux-mêmes. L'étude de Gibbons et ses collègues (2006) obtient également des corrélations faibles entre l'évaluation de l'anxiété par les aidants comparativement à celle du patient lui-même. Ils indiquent que des facteurs externes, tels que l'humeur de l'aidant, peuvent affecter l'évaluation qu'ils font de l'humeur du patient ou de son niveau d'anxiété. Cependant, ils ajoutent que la démence, ainsi que l'humeur du patient, peuvent également affecter sa propre évaluation de son humeur et de son niveau d'anxiété.

Une seconde étude, réalisée par Vilalta-Franch et ses collaborateurs (2006), dévoile aussi des résultats suggérant que les aidants ont tendance à surestimer la présence de symptômes dépressifs. Toutefois, Onega (2006) rapporte, sans les nommer, que les recherches récentes indiquent que les instruments de mesure étant adaptés pour que ce soit un observateur qui réponde et non le patient atteint de démence sont préférables à ceux qui doivent être remplis par le patient lui-même. Onega (2006) rapporte une étude de Snow, Kunick et Molinary (2005) dont les résultats témoignent du fait que les personnes ayant une démence ont tendance à sous-évaluer les symptômes dépressifs lorsqu'ils sont comparés aux évaluations des aidants et des cliniciens. La meilleure procédure ne semble donc pas déterminée, du moins pour le moment, et peut dépendre des instruments utilisés.

Pour revenir au déroulement de l'étude, à la suite du recrutement et des signatures de consentement, les participants ont été rencontrés par la chercheure pour procéder à l'évaluation neuropsychologique (durée de 20 à 40 minutes), de plus la lecture de leur dossier a permis de compléter le questionnaire de renseignements généraux. Avec l'aide de la chercheure, les préposées aux bénéficiaires ont répondu aux cinq questionnaires de dépression et d'anxiété (durée de 45 à 60 minutes). Cette première prise de mesure se déroule entre juillet et octobre 2004.

La seconde prise de mesure, six à huit mois plus tard, devait normalement être identique à la première, mais un changement dans la cueillette de données des manifestations dépressives et anxieuses fut apporté. En effet, à la suite d'une première lecture des données, le nombre de préposées aux bénéficiaires ayant répondu aux questionnaires de dépression et d'anxiété se voit plus élevé qu'attendu (19 pour 30 résidents). De même, un important roulement de personnels est constaté.

Pour remédier à ce manque de stabilité dans la prise de mesure, les questionnaires de dépression et d'anxiété ont également été remplis par les deux intervenantes d'unités. Donc, au deuxième temps de mesure, chaque participant est évalué par deux personnes différentes au plan anxio-dépressif, soit une intervenante d'unité et une préposée aux bénéficiaires. Soulignons que les deux intervenantes d'unité assurent une stabilité temporelle de la prise de mesure puisque ces deux mêmes personnes ont rempli les questionnaires aux temps 2 et 3 des prises de mesure répétées. Si un participant ne peut avoir une évaluation de la même préposée aux trois temps de

mesure, il a tout de même eu une évaluation par la même intervenante pour les deux dernières évaluations.

Aucun changement ne s'est produit en ce qui a trait à la passation de l'instrument neuropsychologique et le questionnaire de renseignements généraux remplis par la chercheure. Ce deuxième temps de passation se déroule entre février et juin 2005.

Six à huit mois plus tard, la troisième prise de mesure est réalisée et la passation se déroule exactement comme la seconde. Cette dernière partie d'expérimentation se déroule entre octobre et décembre 2005. Au total, il s'écoule de 13 à 16 mois entre la première et la troisième mesure.

2.4 Éthique

Le projet de recherche fut d'abord soumis au Comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec à Trois-Rivières. Le certificat d'approbation, dont le numéro est le CER-04-88-06.09, a été émis le 8 juillet 2004. Le projet a également été soumis au comité décisionnel de la Maison Jean XXIII, formée du propriétaire, de la directrice et des deux intervenantes d'unités. Un document écrit par la directrice confirme que le projet de recherche est conforme aux exigences de la résidence en matière d'éthique. Chaque participant possède un numéro de code qui assure la confidentialité et les données brutes des questionnaires sont conservées sous clé pour le format papier et sous un mot de passe pour le format informatique.

2.5 Devis de recherche

Comme la MA est un processus dégénératif qui évolue dans le temps, la recherche se caractérise, tout d'abord, par une prise de mesures répétées. En effet, si un lien devait être obtenu entre la gravité des manifestations anxio-dépressives et la dégénérescence cognitive, celle-ci doit être établie et mesurée. Il a été jugé pertinent de procéder à une analyse de mesures répétées avec trois temps de mesure dans le but de vérifier la présence de courbes en « V » dans la gravité des manifestations anxio-dépressives. Comme la MA implique une dégénérescence au plan cognitif, les trois mesures successives permettent de s'assurer de la présence de la courbe linéaire négative attendue. Comme mentionné précédemment, le temps entre les mesures varie de 6 à 8 mois, pour un écart de 13 à 16 mois entre la première et la troisième mesure. Le but d'un tel écart est de s'assurer d'une baisse significative au plan des fonctions cognitives. L'étendue dans le temps des prises de mesure permet aussi d'explorer la stabilité ou la fluctuation de la gravité des manifestations anxio-dépressives, tant chez un participant que pour l'ensemble de l'échantillon.

La recherche est donc corrélationnelle à mesures répétées avec comme variable indépendante le fonctionnement cognitif dans la MA et comme variables dépendantes, les manifestations dépressives et les manifestations anxieuses. La recherche, de nature exploratoire, ne comprend pas de groupe témoin, les corrélations sont donc étudiées en fonction des différentes variables entre elles, de même qu'en fonction du passage du temps.

2.6 Les analyses statistiques

En ce qui concerne les analyses statistiques, les calculs sont effectués en fonction de la grosseur de l'échantillon et utilisent des formules non paramétriques, et ce, à l'aide du logiciel SPSS version 12.0. L'observation des changements entre les trois temps de mesure a été réalisée par des différences de moyennes. Ces différences de moyennes ont été calculées à partir des scores globaux tant pour l'évaluation neuropsychologique, que pour les deux mesures de dépression et les trois échelles d'anxiété.

Plusieurs corrélations de Spearman ont été exécutées dans le but de vérifier diverses relations : 1) entre les réponses des préposées aux bénéficiaires et celles des intervenantes d'unité; 2) entre les questionnaires de dépression et d'anxiété, tant pour les préposées que les intervenantes; et 3) entre le fonctionnement cognitif et les scores obtenus aux échelles de dépression et d'anxiété pour les trois temps de mesure.

Résultats

Dans ce chapitre, la première section décrit les résultats obtenus lors des évaluations neuropsychologiques. Ils sont suivis des résultats des analyses vérifiant la validité des évaluations de la dépression et de l'anxiété par les répondantes (préposées aux bénéficiaires et intervenantes d'unités) et ceux concernant la relation entre ces questionnaires. Par la suite, les données sur la fluctuation des niveaux de dépression et d'anxiété en fonction du passage du temps seront présentées. Finalement, la dernière section révèle les résultats obtenus quant au lien entre le fonctionnement cognitif et la gravité des manifestations dépressives et anxieuses.

3.1 L'évaluation neuropsychologique

L'ÉDH montre une perte progressive du fonctionnement cognitif dans l'échantillon (T1 : $M = 124,75$, $ÉT = 32,44$; T2 : $M = 111,71$, $ÉT = 36,40$; T3 : $M = 100,54$, $ÉT = 37,60$) qui s'avère significative pour les trois temps de mesures répétées ($F(1, 2) = 75,43$, $p < 0,001$). Une analyse de contrastes permet de spécifier que la différence est significative à la fois entre le temps 1 et le temps 2 ($F(1, 1) = 43,21$, $p < 0,001$) ainsi qu'entre le temps 2 et le temps 3 ($F(1, 1) = 44,09$, $p < 0,001$). L'échelle a donc été suffisamment sensible pour bien documenter la dégénérescence cognitive à travers le passage du temps préétabli. L'échantillon présente donc la courbe linéaire négative attendue au plan du fonctionnement cognitif en fonction de la MA.

De nos 24 participantes, une seule personne se trouve au stade léger (160 points et plus) lors de la première prise de mesure, alors que les 23 autres se situent dans le stade modéré (entre 159 et 41 points). Lors de la seconde prise de mesure, les 24 participantes se retrouvent dans le stade modéré. Finalement, lors de la dernière prise de mesure, 22 femmes se situent dans le stade modéré, alors que 2 se positionnent dans le stade sévère (40 points et moins).

3.2 L'évaluation de la dépression et de l'anxiété

3.2.1 Les répondantes : préposées aux bénéficiaires et intervenantes d'unités

Dans le but de vérifier la validité et la fidélité inter-juges des mesures de dépression et d'anxiété, des corrélations ont été effectuées entre les scores des intervenantes d'unités et des préposées aux bénéficiaires pour ces différents questionnaires. Comme l'évaluation des intervenantes d'unités fut ajoutée à partir de la seconde vague d'expérimentation, ces calculs ont été réalisés seulement aux temps 2 et 3. Ainsi, pour chacun des questionnaires, on obtient des corrélations significatives entre les évaluations effectuées par les préposées et celles des intervenantes d'unités lors des deux temps de mesures (voir Tableaux 7 et 8, observer particulièrement la diagonale en caractère gras). Le fait que ces relations soient significatives permet d'inférer, avec prudence, une certaine validité de la mesure prise puisque la fidélité inter-juge est

Tableau 7

Corrélations non-paramétriques de Spearman entre les scores des intervenantes d'unités et ceux des préposées pour les cinq questionnaires d'anxiété et de dépression au temps 2 ($N = 24$)

Préposées aux bénéficiaires	Intervenantes d'unités				
	DMAS	CSDD	BEHAVE- AD	HARS	QDP
Dépression					
DMAS	0,53***	0,49**	0,14	0,38	0,32
CSDD	0,69***	0,55***	0,27	0,47**	0,30
Anxiété					
BEHAVE-AD	0,56***	0,50**	0,52***	0,52***	0,47**
HARS	0,57***	0,54***	0,31	0,49**	0,36
QDP	0,53***	0,39	0,39	0,38	0,47**
$p < 0,01$. *$p < 0,001$					

significative. De plus, cela peut également suggérer que la première prise de mesure réalisée par les préposées seulement refléterait relativement bien les symptômes

Tableau 8

Corrélations non-paramétriques de Spearman entre les scores des intervenantes d'unités et ceux des préposées pour les cinq questionnaires d'anxiété et de dépression au temps 3 ($N = 24$)

Préposées aux bénéficiaires	Intervenantes d'unités				
	DMAS	CSDD	BEHAV E-AD	HARS	QDP
Dépression					
DMAS	0,75***	0,53***	0,44**	0,70***	0,48**
CSDD	0,80***	0,69***	0,47**	0,78***	0,51**
Anxiété					
BEHAVE-AD	0,47**	0,43**	0,53***	0,55***	0,52***
HARS	0,67***	0,54***	0,42**	0,64***	0,54***
QDP	0,49**	0,36	0,52***	0,48**	0,64**
** $p < 0,01$. *** $p < 0,001$					

anxio-dépressifs des participants, ou du moins suffisamment pour procéder aux analyses statistiques sur ces premières données. Cependant, ces corrélations n'atteignent pas le seuil de 0,80 souvent considéré pour établir qu'une corrélation est effectivement forte.

3.2.2 Les relations entre les questionnaires de dépression et d'anxiété

La documentation relève une grande comorbidité entre les manifestations de l'anxiété et la dépression (Gibbons et al., 2006; Landreville et al., 2005; Starkstein et al., 2007; Teri et al., 1999). Les résultats obtenus vont en ce sens puisqu'on obtient des corrélations significatives entre les cinq questionnaires d'anxiété et de dépression, et ce, pour les trois temps de mesures (voir Tableaux 9, 10, 11, 12 et 13). Ces relations significatives entre les questionnaires sont présentes, que ce soit les préposées qui répondent aux questionnaires ou que ce soit les intervenantes d'unités.

3.3 L'évaluation de la dépression et de l'anxiété en fonction du passage du temps

Comme nous pouvons l'observer au Tableau 14, chacun des deux questionnaires observant les manifestations dépressives témoignent d'un niveau de symptômes qui ne varie pas significativement dans le temps puisque les différences de moyennes se voient non significatives. En ce qui concerne les instruments mesurant les manifestations anxieuses, les résultats montrent aussi des différences de moyennes non significatives suite au passage du temps pour la BEHAVE-AD et la HARS (voir Tableau 14).

Tableau 9

Corrélations non-paramétriques de Spearman entre les questionnaires de dépression et d'anxiété au temps 1 (proposées aux bénéficiaires, $N = 24$)

Questionnaires de dépression et d'anxiété					
	DMAS	CSDD	BEHAVE-AD	HARS	QDP
Dépression					
DMAS	1,00	0,85***	0,62***	0,85***	0,67***
CSDD		1,00	0,65***	0,79***	0,72***
Anxiété					
BEHAVE-AD			1,00	0,59***	0,73***
HARS				1,00	0,78***
QDP					1,00

*** $p < 0,001$

Tableau 10

Corrélations non-paramétriques de Spearman entre les questionnaires de dépression et d'anxiété au temps 2 (proposées aux bénéficiaires, $N = 24$)

Questionnaires de dépression et d'anxiété					
	DMAS	CSDD	BEHAVE-AD	HARS	QDP
Dépression					
DMAS	1,00	0,79***	0,64***	0,75***	0,54***
CSDD		1,00	0,63***	0,75***	0,52***
Anxiété					
BEHAVE-AD			1,00	0,64***	0,67***
HARS				1,00	0,34
QDP					1,00

*** $p < 0,001$

Tableau 11

Corrélations non-paramétriques de Spearman entre les questionnaires de dépression et d'anxiété au temps 2 (intervenantes d'unités, $N = 24$)

Questionnaires de dépression et d'anxiété					
	DMAS	CSDD	BEHAVE-AD	HARS	QDP
Dépression					
DMAS	1,00	0,88***	0,61***	0,86***	0,64***
CSDD		1,00	0,72***	0,88***	0,80***
Anxiété					
BEHAVE-AD			1,00	0,70***	0,74***
HARS				1,00	0,78***
QDP					1,00

*** $p < 0,001$

Tableau 12

Corrélations non-paramétriques de Spearman entre les questionnaires de dépression et d'anxiété au temps 3 (préposées aux bénéficiaires, $N = 24$)

Questionnaires de dépression et d'anxiété					
	DMAS	CSDD	BEHAVE-AD	HARS	QDP
Dépression					
DMAS	1,00	0,92***	0,73***	0,90***	0,75***
CSDD		1,00	0,57***	0,88***	0,66***
Anxiété					
BEHAVE-AD			1,00	0,68***	0,73***
HARS				1,00	0,69***
QDP					1,00

*** $p < 0,001$

Tableau 13

Corrélations non-paramétriques de Spearman entre les questionnaires de dépression et d'anxiété au temps 3 (intervenantes d'unités, $N = 24$)

Questionnaires de dépression et d'anxiété					
	DMAS	CSDD	BEHAVE-AD	HARS	QDP
Dépression					
DMAS	1,00	0,72***	0,51**	0,86***	0,52***
CSDD		1,00	0,66***	0,83***	0,62***
Anxiété					
BEHAVE-AD			1,00	0,68***	0,69***
HARS				1,00	0,70***
QDP					1,00

** $p < 0,01$. *** $p < 0,001$

Tableau 14
Évolution de la dépression et de l'anxiété selon les trois temps de mesure (N= 24)

		Temps 1		Temps 2		Temps 3		dl.	F
		M	ÉT	M	ÉT	M	ÉT		
Dépression									
DMAS	Préposées	26,67	19,11	23,50	17,73	28,46	20,50	1, 2	2,02 <i>n.s.</i>
	Intervenantes			21,46	11,38	21,83	17,04	1, 1	0,02 <i>n.s.</i>
CSDD	Préposées	6,96	6,01	5,92	5,03	7,17	6,68	1, 2	1,56 <i>n.s.</i>
	Intervenantes			5,42	4,10	5,54	5,80	1, 1	0,01 <i>n.s.</i>
Anxiété									
BEHAVE-AD	Préposées	2,50	2,04	1,75	2,01	1,96	1,97	1, 2	2,53 <i>n.s.</i>
	Intervenantes			2,25	2,09	2,17	2,44	1, 1	0,05 <i>n.s.</i>
HARS	Préposées	11,33	7,68	10,46	8,42	11,88	8,89	1, 2	0,74 <i>n.s.</i>
	Intervenantes			8,88	5,62	8,08	5,96	1, 1	0,42 <i>n.s.</i>
QDP	Préposées	8,83	3,44	7,29	2,40	8,25	3,54	1, 2	4,43*
	Intervenantes			7,75	2,38	6,63	2,67	1, 1	5,11*

* $p < 0,05$

Cependant, la sous-échelle anxiété du QDP permet d'observer une différence de moyennes significative à la suite du passage du temps pour les mesures des préposées aux bénéficiaires et des intervenantes d'unités (voir Tableau 14). Pour les préposées, une analyse de contraste permet de préciser que la différence est significative entre le temps 1 et le 2 ($F(1, 1) = 8,63, p < 0,01$), mais qu'elle est non significative entre le temps 2 et le temps 3 ($F(1, 1) = 2,87, n.s.$). En ce qui concerne les intervenantes d'unités, la différence de moyennes est également significative, mais dans ce cas seulement entre les temps 2 et 3 puisqu'il n'y pas de prise de mesure réalisée par les intervenantes d'unités au temps 1. Cependant, en appliquant la correction de Bonferroni, les résultats au QDP n'atteignent plus le seuil de signification ($0,05 \div 10 = 0,005$).

3.4 La relation entre le fonctionnement cognitif et les manifestations dépressives et anxieuses

Pour le temps 1, les résultats montrent un lien significatif négatif entre le niveau de fonctionnement cognitif et la gravité des symptômes anxio-dépressifs (préposées) pour quatre des cinq questionnaires (voir Tableau 15). Ainsi, plus le fonctionnement cognitif est altéré, plus les symptômes anxio-dépressifs sont présents selon l'évaluation des préposées aux bénéficiaires.

Tableau 15

Relation entre le fonctionnement cognitif et les manifestations dépressives et anxieuses selon les trois temps de mesures (préposées, $N = 24$)

	Niveau cognitif		
	Temps 1	Temps 2	Temps 3
Dépression			
DMAS	-0,63***	-0,46*	-0,65***
CSDD	-0,52**	-0,30	-0,61***
Anxiété			
BEHAVE-AD	-0,27	-0,16	-0,37
HARS	-0,68***	-0,28	-0,62***
QDP	-0,46*	-0,16	-0,50**
* $p < 0,05$. ** $p < 0,01$. *** $p < 0,001$			

Pour le temps 2, les corrélations ne montrent pas lien significatif entre le fonctionnement cognitif et les symptômes anxio-dépressifs que ce soit pour l'évaluation réalisée par les préposées aux bénéficiaires ou celle des intervenantes d'unités, sauf pour la DMAS lors du second temps de mesure des préposées seulement (voir Tableaux 15 et

Tableau 16

Relation entre le fonctionnement cognitif et les manifestations dépressives et anxieuses selon les trois temps de mesures (intervenantes, $N = 24$)

		Niveau cognitif	
		Temps 2	Temps 3
Dépression			
	DMAS	-0,32	-0,66***
	CSDD	-0,27	-0,36
Anxiété			
	BEHAVE-AD	-0,05	-0,15
	HARS	-0,27	-0,47*
	QDP	-0,24	-0,34
* $p < 0,05$. *** $p < 0,001$			

16). Toutefois, en appliquant la correction de Bonferroni, le résultat à la DMAS n'atteint plus le seuil de signification ($0,05 \div 10 = 0,005$).

En ce qui concerne la troisième prise de mesure, on obtient des résultats significatifs montrant, encore une fois, un lien négatif entre le niveau de fonctionnement

cognitif et la gravité des manifestations anxio-dépressives pour quatre des cinq questionnaires chez les préposées (voir Tableau 15). Alors que chez les intervenantes, seulement deux des cinq questionnaires sont significatifs et montrent un lien négatif entre le niveau de fonctionnement cognitif et la gravité des symptômes anxio-dépressifs (voir Tableau 16). Si on applique la correction de Bonferroni, le résultat à la HARS n'atteint plus le seuil de signification ($0,05 \div 10 = 0,005$), mais la DMAS demeure significative.

Discussion

Avant même de tenter une réflexion sur les manifestations de dépression et d'anxiété dans la MA, il est primordial de s'assurer que l'étude réalisée permet de faire cet exercice. Pour cela, on doit d'abord se pencher sur la validité des instruments de mesure, des répondantes, ainsi que sur celle des résultats obtenus. Par la suite, une interprétation du lien entre les manifestations anxio-dépressives et le fonctionnement cognitif est proposée. Finalement, la discussion se termine par des considérations sur les limites de la recherche.

4.1 L'évaluation neuropsychologique

L'instrument d'évaluation neuropsychologique utilisé a rempli sa mission. En effet, la passation simple et souple a permis aux participants un minimum de fatigue et de confrontation. Les résultats montrent bien que l'ÉDH est suffisamment sensible pour évaluer la dégénérescence cognitive sur des périodes de six à huit mois. Les pertes cognitives documentées présentent bien la courbe linéaire négative attendue au plan du fonctionnement cognitif chez les personnes atteintes de la MA.

Cependant, l'échelle propose un stade modéré plutôt large puisque que les points de repère proposés sont de 160 et plus pour des atteintes légères et de 40 points et moins pour des atteintes sévères. Ainsi, les moyennes de l'échantillon pour les trois temps de mesure se retrouvent dans la section modérée. Cependant, l'observation des participants

et de leur fonctionnement permet de relever une grande différence entre un pointage de 120 et de 100, par exemple. L'écart entre 160 et 40 est donc majeur et le fonctionnement cognitif nettement différent. Il pourrait être intéressant de produire davantage de repères pour classifier le fonctionnement neuropsychologique des patients. La grande majorité de l'échantillon se situe à l'intérieur des bornes de 160 et 40 points et donc dans le stade modéré, et ce, à partir du début de l'étude jusqu'à la fin. Pourtant, la perte cognitive est significative à la suite du passage du temps. Ce manque de stades dans la classification ne permet pas d'illustrer concrètement la perte cognitive, dans une situation comme celle de cette recherche. Par contre, l'instrument propose un graphique qui permet au clinicien de bien visualiser les pertes cognitives pour chacun des 20 sous-tests. Cependant, en ce qui a trait au pointage global, la perte cognitive serait illustrée d'une manière plus concrète avec une classification comprenant davantage de stades.

4.2 L'évaluation de la dépression et de l'anxiété

4.2.1 Les répondantes

Généralement, il est préférable de réaliser l'évaluation auprès de la personne elle-même et de se fier à son jugement pour remplir les divers questionnaires. Cependant, les personnes constituant l'échantillon connaissent d'importantes limites de jugement par rapport à leur état (Vasterling et al., 1997). Il aurait été possible de tenter des interviews auprès des participants et de remplir les questionnaires à partir de leurs réponses. Ceci aurait permis d'étudier la différence entre l'opinion du participant MA et celui des

intervenantes d'unités et préposées. Cependant, ces entrevues sont fort probablement fatigantes pour les participants puisqu'elles exigent davantage de temps et que les questions sont complexes. Elles peuvent facilement confronter les participants à leurs pertes parce qu'elles occasionnent une recherche en mémoire de certaines informations. De plus, l'état cognitif des participants peut laisser planer un doute sur la validité des réponses obtenues. Comme le but de l'étude n'était pas de vérifier que les personnes atteintes de MA ont effectivement de la difficulté à juger de leur état, la passation a été réalisée en fonction de la documentation qui suggère qu'une tierce personne répond plus adéquatement (Ballard et al., 1996; Ballard et al., 2000; Onega, 2006; Vasterling et al., 1997; Warren et al., 2001).

Dans le même ordre d'idées, un des points importants à aborder est celui de la valeur des réponses obtenues par les préposées aux bénéficiaires et les intervenantes d'unités. La première prise de mesure des manifestations anxieuses et dépressives comporte l'évaluation des préposées seulement. À la suite à cette prise de mesure, force a été de constater que le nombre de préposées répondant aux questionnaires était très élevé (19 préposées pour 30 participants) et que les nombreux changements d'emplois ajoutaient une certaine instabilité dans la mesure. Cette situation a instauré des doutes quant à la validité des réponses obtenues. Pour pallier à cette difficulté, l'ajout d'une deuxième application de l'évaluation par une reprise des questionnaires de dépression et d'anxiété par une intervenante d'unités, a effectivement permis d'obtenir une certaine validité dans les mesures. Comme deux évaluations augmentent la validité des réponses

et que ces évaluations se révèlent corrélées entre elles, les scores obtenus seraient représentatifs de la réalité.

Ainsi, les corrélations obtenues entre les mesures des préposées aux bénéficiaires et celles des intervenantes d'unités montrent une cohérence entre leurs évaluations des manifestations anxio-dépressives des participantes. Bien sûr, cette relation, qui valide les résultats obtenus, n'est pas vérifiable pour la première prise de mesure. Par ailleurs, les corrélations obtenues au temps 3 sont plus élevées que celles obtenues au temps 2. L'effet d'apprentissage pourrait être un élément explicatif sur ce point. En effet, le fait d'avoir répondu une première fois au questionnaire peut engendrer une meilleure observation des manifestations anxieuses et dépressives lors de la deuxième évaluation. Ainsi, une meilleure compréhension des questions et des points à observer a pu amener une plus grande cohérence entre les réponses des préposées et des intervenantes d'unités.

4.2.2 Les questionnaires de dépression

Les résultats aux deux questionnaires de dépression sont fortement corrélés entre eux, que se soit lorsque les répondantes sont des préposées ou lorsqu'il s'agit des intervenantes d'unités. Les deux questionnaires traiteraient donc du même concept. Ils sont tous les deux construits pour la même population, soit les personnes atteintes de déficits cognitifs. Ils permettent d'obtenir des résultats variant dans le même sens et l'utilisation de l'un ou l'autre paraît donc adéquate. Les questions différentes, dans les questionnaires, permettent d'obtenir des renseignements supplémentaires sur un plan

qualitatif, mais n'apportent pas de différence majeure sur les résultats globaux. Toutefois, selon des commentaires tout à fait subjectifs, les répondantes ont préféré remplir la DMAS puisque cette dernière présente une échelle de type Likert dont les choix sont plus variés (0 à 6) comparativement à la CSDD (0 à 2). De plus, le fait que chaque question soit davantage détaillée leur permettait de répondre avec plus de certitude.

4.2.3 Les questionnaires d'anxiété

Il est important de rappeler que les questionnaires d'anxiété, dont deux sont des sous-échelles de questionnaires, n'offraient pas les mêmes propriétés pour la population à l'étude. Cette faiblesse de l'étude sera décrite plus amplement dans la section traitant des limites de la recherche. Les corrélations entre les questionnaires sont donc plus faibles que celles des questionnaires de dépression. Cependant, elles sont significatives selon le même seuil de 0,001. Ainsi, quoique la HARS et le QDP sont conçus pour une population, que le BEHAVE-AD ne comprend que quatre items concernant l'anxiété et que seulement la sous-échelle anxiété du QDP soit utilisée, les trois questionnaires se sont avérés varier conjointement. De plus, il n'y a qu'une seule corrélation non significative, celle entre la HARS et le QDP au temps 2, tel que répondus par les préposées.

D'un point de vue qualitatif, les questionnaires de l'anxiété sont plus complémentaires que ceux sur la dépression, ils peuvent donc fournir plus de

renseignements cliniques chez un patient lorsqu'ils sont utilisés tous les trois conjointement. En effet, la HARS est un questionnaire d'anxiété ayant plusieurs items somatiques, le BEHAVE-AD traite de la problématique anxieuse d'une manière plus spécifique à la population atteinte de déficits cognitifs et fait entrer en jeu la perception et l'implication de l'aidant dans le choix des réponses, le QDP est un questionnaire de détresse psychologique, la formulation des questions concernant le facteur anxiété y est différente, s'adressant directement à la personne. Globalement, l'utilisation de trois questionnaires dans la recherche apparaît avoir été un bon choix puisque cela permet une meilleure confiance en regard de la mesure d'anxiété obtenue, malgré une lacune au plan psychométrique pour la population à l'étude.

4.2.4 La comorbidité de la dépression et de l'anxiété

Un des éléments soulignés dans la problématique est la grande comorbidité des symptômes dépressifs et des symptômes anxieux. Teri et ses collaborateurs (1999) parlent de 54 % de comorbidité des symptômes dépressifs et anxieux dans la population atteinte de démence. Les corrélations établies entre les différents questionnaires suggèrent un lien important entre ces deux types de symptômes et leur variation conjointe. En effet, lorsque les symptômes dépressifs sont élevés, les symptômes anxieux le sont aussi. Alors que dans la population adulte en général, on retrouve deux syndromes distincts ayant une certaine comorbidité, celle-ci n'est pas aussi fréquente que ce que nous observons dans la population atteinte de démence. Rappelons que dans

la population générale, le trouble mixte d'anxiété-dépression aurait une fréquence de 0,8 % (APA, 2003) et qu'il grimpe à 1,8 % chez les 65 ans et plus (Schoevers et al., 2003). La présente recherche ne permet pas d'établir la fréquence du trouble mixte puisqu'on s'intéresse aux symptômes anxieux et dépressifs, mais les corrélations établissent clairement l'importance du lien entre les symptômes anxieux et dépressifs dans la population atteinte de MA.

4.3 L'évaluation de la dépression et de l'anxiété en fonction du passage du temps

Selon la documentation, certaines recherches montrent que les symptômes anxieux et dépressifs sont plus fréquents en début de MA (Ballard et al., 1996; Landreville et al., 2005). Selon ce postulat, les résultats auraient dû être plus élevés lors de la première prise de mesure puisqu'à ce moment, le fonctionnement cognitif était significativement supérieur. La conscience des difficultés pouvait donc être davantage présente chez certains participants ayant moins d'atteintes cognitives et occasionner plus d'inquiétudes et de tristesse face aux pertes.

Toutefois, il est important de rappeler que l'échantillon ne comprend que trois participantes se positionnant au stade léger lors de la première prise de mesure et que celles-ci sont tout de même suffisamment avancées dans la MA pour avoir été transférées dans une résidence spécialisée pour les déficits cognitifs. Ainsi, l'échantillon présent n'apparaît pas représentatif pour remettre en doute ce postulat voulant que les manifestations anxieuses et dépressives soient davantage présentes en début de MA.

Ce postulat paraît, cependant, peu plausible pour l'échantillon de la présente étude formé de personnes atteintes de MA à des stades modérés et sévères. L'évaluation neuropsychologique témoigne d'importantes difficultés au plan cognitif qui suggèrent pour la totalité des participantes des pertes importantes au plan des fonctions exécutives et du processus d'autorégulation. Comme mentionné dans le contexte théorique, avec l'avancement de la MA, les parties antérieures du cerveau se trouvent également touchées par la maladie et entraînent à leurs tours des déficits. Ces atteintes neurologiques provoquent des changements au plan de la personnalité, des modifications de l'humeur qui peut devenir exagérée ou indifférente, des manifestations obsessionnelles, de l'agitation et des comportements violents (Botez-Marquard et Boller, 2005; Habib et al., 1991).

Ces diverses manifestations neurologiques peuvent facilement être interprétées comme des manifestations d'anxiété et de dépression par les aidants. Par exemple, une personne peut pleurer davantage à cause d'une labilité émotionnelle due à des atteintes frontales. Elle peut aussi devenir indifférente face à des activités autrefois appréciées à cause, encore une fois, d'atteintes frontales. Cependant, elle peut aussi cesser une activité à cause de difficultés praxiques et non par perte d'intérêt ou de plaisir. De même, lorsqu'on ne parvient plus à faire une activité, elle devient souvent moins intéressante. Finalement, les difficultés dans le contrôle du processus d'autorégulation créent une importante fatigue face à l'effort mental. L'énergie et l'intérêt sont donc moins présents et le sommeil peut se voir augmenter.

De même, ce postulat ne paraît pas représenter correctement le fonctionnement de l'échantillon de la présente étude puisque la question de conscience face aux difficultés devient discutable. Les définitions générales de la dépression et de l'anxiété incluent une dimension cognitive qui peut et, en fait, s'avère altérée par la MA.

Le second postulat indique que les manifestations anxieuses et dépressives augmentent à la suite du passage du temps dans la MA et donc avec la dégénérescence cognitive (Camus et al., 1995; Haupt et al., 2000; Teri et al., 1999). Comme l'évaluation neuropsychologique nous permet de constater une baisse significative du fonctionnement cognitif et donc l'avancement dans la maladie, ce second postulat aurait été vérifié si les manifestations anxieuses et dépressives avaient témoigné d'une augmentation significative à la suite du passage du temps. Comme ce ne fut pas le cas dans notre recherche, puisque les résultats ne montrent pas de variation significative à la suite du passage du temps, ce postulat n'est donc pas confirmé.

La présente recherche témoigne d'une certaine stabilité dans les manifestations anxieuses et dépressives suite au passage du temps puisque les variations entre les trois prises de mesure ne sont pas significatives, lorsqu'on tient compte de la correction de Bonferroni pour la sous-échelle anxiété du QDP. Ainsi, malgré une dégénérescence cognitive, les manifestations anxieuses et dépressives demeurent relativement stables. Cependant, l'observation qualitative des moyennes des cinq questionnaires d'anxiété et de dépression dévoile une courbe en « V ». Les manifestations anxieuses et dépressives

sont moins élevées lors de la seconde prise de mesure entre février et juin 2004, mais la courbe n'est pas suffisamment marquée pour que la variation soit significative.

Par contre, comme l'échantillon est petit et offre donc une faible puissance statistique, il est possible de croire que la courbe en « V » aurait pu être significative avec un échantillon plus grand présentant une puissance statistique plus forte. Par ailleurs, cette courbe en « V » peut également avoir été influencée par seulement quelques participantes. En effet, comme l'échantillon est petit, des changements marqués chez un participant peuvent faire plus facilement varier les résultats globaux du groupe. Ainsi, à la suite d'une observation qualitative de la courbe de chaque participante, nous constatons que trois d'entre elles présentent une courbe en « V » davantage marquée. Ces dernières contribuent donc fortement à suggérer une baisse des manifestations anxieuses et dépressives dans les résultats globaux du groupe. Deux de ces résidentes ont cependant vécu un événement difficile lors de la seconde prise de mesure. L'une d'elle fut hospitalisée pour une intervention chirurgicale et la seconde a fortement réagi à l'arrivée d'une nouvelle résidente ayant des comportements violents.

Donc, la courbe en « V » pourrait ne pas être significative, malgré une augmentation de la taille de l'échantillon, puisque la variation observée proviendrait seulement de l'influence de quelques participants et non d'un effet de groupe.

La petite taille de l'échantillon a pu contribuer à accentuer l'effet de la courbe en « V » ou le diminuer par manque de puissance statistique. Toutefois, les résultats actuels témoignent d'une différence non significative dans les manifestations anxieuses et

dépressives à la suite du passage du temps et donc à la suite de l'augmentation des déficits cognitifs.

4.4 La relation entre le fonctionnement cognitif et les manifestations dépressives et anxieuses

Pour le temps 1, les résultats montrent un lien significatif négatif entre le niveau de fonctionnement cognitif et la gravité des symptômes anxio-dépressifs (préposées) pour quatre des cinq questionnaires. Ainsi, plus le fonctionnement cognitif est altéré (cote faible), plus les symptômes anxio-dépressifs sont présents (cotes élevées) selon l'évaluation des préposées. Des résultats similaires sont obtenus aussi par Teri et ses collaborateurs (1999) qui constatent que les sujets avec des difficultés cognitives plus sévères sont plus anxieux. Cette mesure, prise isolément, tendrait donc à valider le postulat d'une augmentation des manifestations anxio-dépressives avec l'aggravation de la MA.

Cependant, les résultats sont différents lors de la seconde prise de mesure. Selon l'évaluation des préposées, quoique les chiffres obtenus soient tous négatifs, les corrélations sont non significatives pour quatre des cinq questionnaires. Ceci signifie qu'on ne peut relier les manifestations anxieuses et dépressives à un niveau de fonctionnement cognitif, à l'exception du DMAS qui indique un lien significatif négatif, comme lors de la première mesure. Les résultats sont aussi non significatifs selon l'évaluation des intervenantes d'unités, et ce, pour les cinq questionnaires. Globalement,

cette prise de mesure indique donc que les manifestations anxieuses et dépressives ne varient pas que les participantes soient au stade léger, modéré ou sévère.

À la troisième mesure, les résultats des préposées et des intervenantes d'unités ne convergent pas. Les résultats des préposées montrent un lien significatif négatif entre le niveau de fonctionnement cognitif et la gravité des manifestations anxio-dépressives pour quatre des cinq questionnaires. Ainsi, plus le fonctionnement cognitif est altéré, plus les manifestations anxio-dépressives sont présentes. Les résultats sont donc les mêmes que lors de la première prise de mesure et le questionnaire non significatif est le même, soit le BEHAVE-AD. Nous reviendrons un peu plus loin sur les limites de ce questionnaire.

En ce qui concerne les intervenantes d'unités, les résultats sont inconsistants. On retrouve des liens significatifs négatifs pour la DMAS et la HARS, mais les trois autres questionnaires, soit le BEHAVE-AD, la CSDD et le QDP, ne sont pas significatifs. Encore une fois, les résultats obtenus sont tous négatifs, mais certains ne montrent pas de relations significatives.

En considérant les trois temps de mesure, à la fois pour les préposées et les intervenantes d'unités, les corrélations non paramétriques obtenues dévoilent toutes des chiffres négatifs. Il est possible de croire que les corrélations auraient pu être significativement négatives avec un échantillon plus grand et une puissance statistique plus forte. Or, ces résultats peuvent provenir de l'influence d'une ou de deux participantes étant à la fois avancées dans la MA et présentant plus de manifestations

anxieuses et dépressives. L'effet de groupe pourrait donc également être non significatif avec un échantillon plus grand. Toutefois, d'un point de vue qualitatif, une certaine tendance semble ressortir des résultats : les relations entre le fonctionnement cognitif et les manifestations anxieuses et dépressives sont négatives. Ceci laisse supposer que les manifestations dépressives et anxieuses sont observables quelle que soit la gravité de l'atteinte cognitive, mais qu'une aggravation de la MA ne se traduit pas nécessairement par une fluctuation de ces symptômes.

Les préposées et les intervenantes d'unités semblent avoir observé un peu plus clairement les manifestations anxieuses et dépressives chez les participantes ayant un moins bon rendement cognitif. Il est possible que les manifestations anxieuses et dépressives soient plus facilement observables justement parce que les atteintes cognitives sont plus importantes. Les difficultés d'adaptation et les incapacités sont plus grandes ce qui peut conduire à davantage de réactions dévoilant des manifestations anxieuses et dépressives.

4.5 Les manifestations dépressives et anxieuses dans la maladie d'Alzheimer

D'un point de vue global, la présente recherche, qui se veut exploratoire, permet d'élaborer certains postulats ou une certaine compréhension de la problématique en jeu. Toutefois, ces interprétations ne peuvent être confirmées adéquatement, particulièrement à cause de la taille de l'échantillon, mais également par un manque de participants se situant dans les stades légers de la MA.

Le postulat voulant que les manifestations dépressives et anxieuses soient davantage présentes dans les débuts de la MA ne peut être réfuté. En effet, l'échantillon ne nous le permet pas et nous obtenons une stabilité dans la fréquence des symptômes anxio-dépressifs suite au passage du temps, ce qui suggère que ces manifestations sont aussi présentes en début de maladie. La conscience des pertes de mémoire et de leurs conséquences étant davantage présente en début de processus, les réactions anxieuses et dépressives semblent plausibles. Selon Vézina et al. (1995) et Salzman et Lebowitz (1991), les symptômes de dépression et d'anxiété sont davantage reliés aux pertes dans la population âgée. L'annonce d'un diagnostic de MA et la maladie en elle-même occasionnent de nombreuses pertes et de nombreux changements et inquiétudes qui contribuent sûrement à créer plus de manifestations anxieuses et dépressives que dans la population âgée en général étant donné les capacités d'adaptation en diminution.

Par ailleurs, la stabilité dans les manifestations anxieuses et dépressives malgré une dégénérescence au plan cognitif suggère aussi que ces problèmes sont toujours présents dans les stades plus avancés de la MA. Les atteintes des fonctions exécutives et de la communication entre les fonctions corticales et sous-corticales engendrent des problèmes de jugement, de conscience, des modifications de l'humeur, de la rigidité dans les comportements, ainsi qu'un manque d'inhibition. Ces atteintes créent des problèmes dans les réactions et dans les comportements qui peuvent être interprétés comme des symptômes de dépression et d'anxiété. En effet, la labilité émotionnelle peut être associée à l'anxiété et la dépression, l'apathie ou l'indifférence à la dépression, la rigidité à l'anxiété. Ces manifestations de la MA étant de plus en plus présentes avec

l'avancement de la maladie, elles pourraient expliquer que l'on retrouve certaines recherches témoignant d'une augmentation des symptômes anxio-dépressifs. Dans le même ordre d'idées, ces manifestations ne peuvent augmenter sans cesse avec l'avancement de la maladie, puisque ces observations dans les réactions et les comportements diminuent, voire disparaissent lors du stade végétatif.

Tout compte fait, il semble que les manifestations anxieuses et dépressives dans la MA puissent effectivement être observées dans la majorité des stades de la maladie. Cependant, le phénomène sous-jacent peut être différent. Dans les stades légers, suivant l'annonce du diagnostic, les manifestations anxieuses et dépressives seraient une réaction affective aux pertes et inquiétudes de la personne. Elles peuvent donc ressembler davantage à la dépression et l'anxiété chez l'individu âgé en général. Cependant, au fur et à mesure que le processus dégénératif avance, les manifestations anxieuses et dépressives peuvent être davantage causées par le remaniement neurochimique et les atteintes cognitives. Globalement, elles sont davantage des manifestations neurologiques. Finalement, ce postulat nous conduit vers le stade végétatif qui, selon cette logique, présente moins de manifestations anxieuses et dépressives, qu'elles soient affectives ou neurologiques, puisque la conscience devient trop altérée et les troubles neurologiques trop importants.

Cette compréhension suppose un traitement adapté des manifestations anxieuses et dépressives selon la gravité de l'atteinte dans la MA. En effet, lors des stades légers, le traitement psychothérapeutique et les diverses interventions doivent tenir compte de la

perte, du deuil et des inquiétudes que la personne vit. Une reconnaissance du deuil, des inquiétudes et de la peine pourrait aider les personnes atteintes de MA en début de maladie à passer au travers de l'annonce du diagnostic. Comme les symptômes anxieux et dépressifs ressemblent davantage à ceux de la population âgée en général, le traitement pharmacologique par antidépresseurs ou anxiolytiques peut être adéquat en combinaison avec l'inhibiteur de la cholinestérase.

Toutefois, lorsque les manifestations anxieuses et dépressives sont les conséquences des atteintes neurologiques, les interventions doivent être différentes. L'implication des intervenants devient plus active pour adapter l'environnement à la personne et non l'inverse. En effet, la personne atteinte de MA a de moins en moins de capacités d'adaptation, c'est donc aux personnes qui l'entourent de s'adapter. Par exemple, alors qu'une sortie au restaurant était agréable, l'augmentation des atteintes cognitives peut rendre ce même loisir anxiogène. Si on suit la logique de l'adaptation de l'environnement, il devient préférable de faire livrer la nourriture, par exemple. La personne ne peut plus adapter son fonctionnement pour que la sortie demeure un loisir. Il est également important de ne pas interpréter cette réaction de manifestations anxieuses comme une phobie puisque le fonctionnement cognitif de la personne ne lui permet plus d'apprécier une sortie au restaurant.

De plus, comme les manifestations sont neurologiques, il est impensable de les irradier complètement. Une partie du travail d'acceptation doit être fait par la famille et les intervenants. En effet, la labilité émotionnelle, qui engendre des changements rapides

et importants de l'humeur, peut facilement être confondue avec les manifestations anxieuses et dépressives. La personne atteinte de MA peut, dans le cas où elle a des atteintes reliées aux mécanismes frontaux cortico-sous-corticaux, pleurer facilement. Dans la labilité émotionnelle, la réaction émotive apparaît facilement, mais elle disparaît également rapidement. Il peut donc être préférable pour les aidants de tenter de changer les idées de la personne atteinte de MA, plutôt que de tenter de discuter de sa peine avec elle. De même, la belle indifférence qui se définit comme une insensibilité affective par une incapacité à s'émouvoir, un désintéressement et une insouciance, ainsi qu'un manque de considération pour autrui (Bérubé, 1991), ne doit pas être interprétée comme un symptôme de dépression. Les intervenants doivent alors comprendre qu'ils ne peuvent demander à une personne atteinte de MA, qui présente une belle indifférence, de s'émouvoir face à des sujets qui la touchaient autrefois. On ne doit pas considérer cette perte de plaisir ou cette indifférence affective comme un symptôme de dépression, mais bien la comprendre comme une atteinte cognitive de la MA.

De plus, la perte de certains intérêts ne doit pas toujours être comprise comme un symptôme dépressif. En effet, une personne peut cesser une activité appréciée auparavant, comme le tricot, car des problèmes praxiques ne lui permettent plus de l'exécuter efficacement. De même, l'activité peut devenir trop exigeante au plan attentionnel et créer une fatigue mentale notable. Ainsi, par exemple, la personne âgée tricote de moins en moins longtemps jusqu'à ne plus faire cette activité qui est maintenant une tâche ardue. La diminution des activités et intérêts fait partie du processus dégénératif de la MA et doit être acceptée par les aidants.

À ce propos, il apparaît important que les aidants, que ce soit des membres de la famille ou les divers intervenants des résidences ou centres hospitaliers, reçoivent des formations sur la MA et ce qu'elle engendre. C'est en connaissant la labilité émotionnelle ou la belle indifférence qu'on parvient à les reconnaître et les comprendre comme une réaction neurologique et non comme de la dépression ou de l'anxiété. L'implication des intervenants devient plus adaptée puisqu'ils n'exigent plus de la personne atteinte de MA de changer ses comportements et ses réactions. Ils adaptent l'environnement pour diminuer certaines difficultés ou ne pas créer de réactions anxiogènes. De plus, les membres de la famille peuvent aussi connaître une certaine culpabilité face aux réactions de leur parent. Comprendre la belle indifférence comme une réaction neurologique et non comme une manifestation dépressive diminue le sentiment de culpabilité des membres de la famille.

En ce qui concerne le traitement pharmacologique, les renseignements recueillis dans la présente étude témoignent d'une augmentation de la prise d'antipsychotique sans que cela engendre une baisse des manifestations anxieuses et dépressives. Malgré cela, les effets de ces traitements pharmacologiques pourraient diminuer d'autres comportements problématiques qui n'ont pas été évalués lors de cette étude.

4.6 Les limites de la recherche

De prime à bord, la petite taille de l'échantillon représente un problème majeur pour toute généralisation. Les calculs statistiques doivent alors être non paramétriques et

les possibilités deviennent donc limitées. Comme mentionné précédemment, la puissance statistique est faible et certaines des observations réalisées peuvent s'avérer non significatives alors qu'elles le seraient dans un échantillon plus grand. De même, le petit échantillon est davantage influencé par les importantes variations d'un seul participant ou d'un petit nombre. Les « outliers », pour les appeler ainsi, ont un effet plus important sur la tendance du groupe dans un petit échantillon. L'étude de cas, de chacune des participantes, pourrait permettre une meilleure compréhension de l'effet du groupe ou, tout simplement, indiquer que l'échantillon est trop petit pour prédire une véritable tendance de groupe.

D'autre part, les instruments de mesure ont aussi leurs limites. Comme mentionné précédemment, l'ÉDH a bien rempli sa mission. La DMAS et la CSDD ont des propriétés psychométriques intéressantes pour la population à l'étude, mais les instruments concernant l'anxiété ne répondent pas à des critères psychométriques de base, tel qu'être construit et validé pour la population formant l'échantillon. Le fait d'en utiliser trois différents, couvrant des aspects complémentaires, et que ceux-ci aient été remplis par deux personnes, a pu compenser certaines lacunes, mais la confiance en leur utilisation demeure précaire. En effet, l'utilisation d'un seul de ces instruments ne semble pas suffisante pour apporter un avis confiant sur la présence ou non de manifestations anxieuses chez une personne atteinte de MA. La HARS comprend des items somatiques qui peuvent fausser l'interprétation et la BEHAVE-AD et le QDP ne comprennent que quatre questions qui peuvent être utilisées à titre exploratoire, sans plus.

Toujours sur le plan des instruments de mesure, la BEHAVE-AD est le seul instrument de mesure qui est toujours non significatif en relation avec le fonctionnement cognitif. Il est important de rappeler que la traduction a été réalisée par la chercheuse et n'a pas été validée. La formulation des questions peut avoir influencé les réponses des préposées et des intervenantes d'unités en les incitant à coter plus faiblement les manifestations.

Les choix de réponse, comparativement aux autres questionnaires, ne concernent pas que le bénéficiaire, mais également la réaction de la préposée ou de l'intervenante d'unités face aux comportements de ce même bénéficiaire. Même si le but est de connaître à quel point les comportements du bénéficiaire peuvent être marqués, la formulation implique la réaction de la répondante face à ceux-ci. Par exemple, « 0 » signifie pas présent; « 1 » signifie présent et la personne répète des questions, des doutes ou répète des activités en regard avec l'item; « 2 » signifie présent et dérangeant pour les aidants et « 3 » signifie présent et intolérable pour les aidants. Les termes « dérangeant » et « intolérable » peuvent avoir influencé les réponses des préposées et des intervenantes d'unités à la baisse dans l'évaluation des manifestations anxieuses et dépressives. Ceci peut suggérer une certaine impatience, irritabilité ou fatigue de la part des répondantes, ce qui peut s'avérer compromettant pour l'employé face aux dirigeants de la résidence ou confrontant face à elle-même, quant à son image de bonne préposée ou intervenante d'unités. Ainsi, la désirabilité sociale pourrait avoir influencé les réponses.

Il est important de mentionner que la formulation anglophone semble, à première vue, engendrer le même problème («2» present and disturbing to caregivers, «3» present and intolerable to caregivers). Bien sûr, cette impression est tout à fait subjective et il pourrait être intéressant de faire davantage de recherche sur ce problème.

Une autre limite provient du nombre élevé de préposées impliqué dans la recherche. En effet, 19 préposées répondent aux questionnaires d'anxiété et de dépression lors de la première mesure pour 30 participants. La seconde mesure est effectuée par 17 préposées pour 28 participants. Finalement, la dernière mesure est réalisée par 15 préposées pour 24 participantes. Au total, le nombre de préposées ayant répondu aux questionnaires de dépression et d'anxiété s'élève à 25. Seulement 9 de ces 25 préposées ont rempli les questionnaires lors des trois prises de mesure, 8 lors de deux évaluations et 8 ont participé à seulement une prise de mesure. Ainsi, ces nombreux changements créent une certaine variation dans la mesure dont le contrôle n'a pu être effectué. L'effet d'apprentissage dont certaines préposées ont bénéficié n'est pas présent pour d'autres. Globalement, une partie des variations obtenues dépend de ces changements et influence donc les résultats. Il n'en demeure pas moins que les difficultés inhérentes à ces fluctuations ont en partie été atténuées par l'ajout de l'évaluation effectuée par les deux intervenantes d'unités.

Conclusion

Cette étude, dont l'objectif est d'explorer la relation entre les manifestations dépressives et anxieuses en fonction de l'évolution de la maladie d'Alzheimer au plan cognitif à la suite du passage du temps, ne permet pas d'établir de généralisations puisque l'échantillon est de petite taille. La présente recherche témoigne d'une variation non significative des manifestations dépressives et anxieuses à la suite du passage du temps et donc de la dégénérescence cognitive dans la MA. Toutefois, elle illustre une tendance qui se veut non significative, mais qui sème tout de même le doute. En effet, les répondantes ont rapporté plus de manifestations dépressives et anxieuses chez les personnes ayant des atteintes cognitives plus importantes. Il pourrait être possible de croire qu'elles ont observé les manifestations neurologiques de la maladie et qu'elles les ont identifiées comme de la dépression ou de l'anxiété.

Malgré cela, l'étude ne permet pas de confirmer ou d'infirmer les postulats émis dans les divers articles scientifiques rapportés dans le contexte théorique et expérimental de l'étude. Le premier postulat affirmant que les manifestations dépressives et anxieuses sont davantage présentes en début de maladie ne peut être ni réfuté, ni accepté puisque l'échantillon ne comporte pas de participants au stade léger de la MA.

De même, le second postulat, expliquant que les manifestations dépressives et anxieuses augmentent avec l'avancement de la MA, ne peut être confirmé puisque, quoique qu'une tendance soit présente, les résultats ne sont pas significatifs.

Plusieurs questions subsistent et la compréhension qu'on retire de cette étude demeure hypothétique. La discussion se voit, dans son avant-dernière partie, davantage un essai qu'une réponse à une question de recherche. Ainsi, le postulat qui en ressort est le suivant : les manifestations dépressives et anxieuses peuvent être présentes à différents stades de la MA, mais les causes sous-jacentes seraient distinctes. Cette compréhension des manifestations anxieuses et dépressives de la MA permet d'adapter nos interventions selon une compréhension nouvelle des symptômes en fonction des stades de la maladie. Le rationnel derrière le problème n'étant pas le même, les réactions des aidants et leurs interventions deviennent également différentes et possiblement mieux adaptées.

Il pourrait être intéressant et pertinent de faire une étude ayant à la fois un échantillon plus important en nombre et comprenant des participants en début de MA. Ceci permettrait de tenter de confirmer ou d'infirmer les postulats proposés dans la littérature.

Références

- Acerno, R., Hersen, M., & Van Hasselt, V. B. (1996). Anxiety-based disorders. Dans M. Hersen & V.B. Van Hasselt, *Psychological treatment of older adults* (pp. 149-180). New-York : Plenum Press.
- Alexopoulos, G. S., Abrams, R. C., Young, R. C., & Shamoian, C. A. (1988). Cornell Scale for Depression in Dementia. *Biological Psychiatry*, 23, 271-284.
- American Psychiatric Association. (2003). *DSM-IV-TR : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (4^e éd., texte révisé) (version internationale)*. (Washington, DC, 2000). Traduction française par Boyer et al. Paris : Masson.
- Ballard, C., Bannister, C., Solis, M., Oyebode, F., & Wilcock, G. (1996). The prevalence, associations and symptoms of depression amongst dementia sufferers. *Journal of Affective Disorders*, 36, 135-144.
- Ballard, C., Neill, D., O'Brien, J., McKeith, I. G., Ince, P., & Perry, R. (2000). Anxiety, depression and psychosis in vascular dementia : Prevalence and associations. *Journal of Affective Disorders*, 59, 97-106.
- Beck, J. G., Stanley, M. A., & Zebb, B. J. (1999). Effectiveness of the Hamilton Anxiety Rating Scale with older generalized anxiety disorder patients. *Journal of Clinical Geropsychology*, 5(4), 281-290.
- Bérubé, L. (1991). *Terminologie de neuropsychologie et de neurologie du comportement*. Institut Philippe Pinel de Montréal. Montréal : Les Éditions de la Chenelière.
- Borell, L., Rönnberg, L., & Sandman, P. O. (1995). The ability to use familiar objects among patients with Alzheimer's disease. *The Occupational Therapy Journal of Research*, 15(2), 111-121.
- Botez-Marquard, T., & Boller, F. (2005). *Neuropsychologie clinique et neurologie du comportement*. Montréal : Les Presses de l'Université de Montréal.
- Bouvard, M., & Cottraux, J. (2002). *Protocoles et échelles d'évaluation en psychiatrie et en psychologie*. Paris : Masson.
- Bungener, C., Jouvent, R., & Derouesné, C. (1996). Affective disturbances in Alzheimer's disease. *Journal of the American Geriatrics Society*, 44(9), 1066-1071.
- Camus, V., Schmitt, L., Ousset, P. J., & Micas, M. (1995). Dépression et démence : contribution à la validation française de deux échelles de dépression : « Cornell Scale of Depression in Dementia » et « Dementia Mood Assessment Scale ». *L'encéphale*, 21, 201-208.

- Clément, J. P., & Darthout, N. (2002). *Guide pratique de psychogériatrie*. Paris : Masson.
- Cohen, C. I., Hyland, K., & Devlin, M. (1999). An evaluation of the use of natural helping network model to enhance the well-being of nursing home residents. *The Gerontologist*, 39(4), 426-433.
- Cole, M.G., & Dastoor, D.P. (1995). *Échelle de démence hiérarchisée : manuel d'instructions* (2^e éd. Française). Montréal.
- Dubé, M., Préville, M., & Hudon, C. (2006, Mai). *Prévalence de la dépression parmi les personnes âgées au Québec*. Communication présentée au 74^e Congrès de l'Association canadienne française pour l'avancement des sciences (ACFAS), Montréal.
- Durand, V. M., & Barlow, D. H. (2002). *Psychopathologie. Une dimension multidimensionnelle*. Paris : DeBoeck Université.
- Gayle Beck, J., & Averill, P. M. (2004). Older adults. Dans R. G. Heimberg, C. L. Turk, & D. S. Mennin (Eds), *Generalized anxiety disorder*. New-York : Guilford Press.
- Gibbons, L. E., Teri, L., Logsdon, R. G., & McCurry, S. M. (2006). Assessment of anxiety in dementia : An investigation into the association of different methods of measurement. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, 19, 202-208.
- Grand Dictionnaire de la Psychologie*. (2000). Montréal : Larousse.
- Habib, M., Joannette, Y., & Puel, M. (1991). *Démences et syndromes démentiels. Approche neuropsychologique*. Paris : Masson.
- Haupt, M., Kurz, A., & Jänner, M. (2000). A 2-year follow-up of behavioural and psychological symptoms in Alzheimer's disease. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 11(3), 147-152.
- Kim, J. M., Lyons, D., Shin, I. S., & Yoon, J. S. (2003). Differences in the behavioural and psychological symptoms between Alzheimer's disease and vascular dementia : are the different pharmacologic treatment strategies justifiable? *Human Psychopharmacology Clinical Experimental*, 18, 215-220.
- Korner, A., Lauritzen, L., Abelskov, K., Gulmann, N., Brodersen, A. M., Wedervang-Jensen, T., & Kjeldgaard, K. M. (2006). The Geriatric Depression Scale and the Cornell Scale for Depression in Dementia. A validity study. *Nordic Journal of Psychiatry*, 60(5), 360-364.
- Lalonde, P., Aubut, J., & Grunberg, F. (1999). *Psychiatrie clinique. Une approche bio-psycho-sociale, Tome 1 : Introduction et syndromes cliniques*. Montréal : Gaëtan Morin Éditeur.

- Landreville, P., Rousseau, F., Vézina, J., & Voyer, P. (2005). *Symptômes comportementaux et psychologiques de la démence*. Québec : Maloine.
- Lévesque, L., Roux, C., Lauzon, S., & Plante, M.-A. (1990). *Alzheimer : comprendre pour mieux aider*. Montréal : Éditions du Renouveau pédagogique.
- Lindesay, J., & Banerjee, S. (1994). Generalized and phobic disorders. Dans E. Chiu, & D. Ames, *Functional Psychiatric Disorders of the elderly* (p. 78-92). New-York : Cambridge Press.
- Loreck, D. J., Bylsma, F. W., & Folstein, M. F. (1994). The Dementia Signs and Symptoms Scale. A new scale for comprehensive assessment of psychopathology in Alzheimer's disease. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 2(1), 60-74.
- Monat, A. (2001). *Répondre aux besoins spécifiques de la clientèle atteinte de déficits cognitifs : un défi réalisable*. Document inédit.
- Onega, L. L. (2006). Assessment of psychoemotional and behavioral status in patients with dementia. *Nursing Clinics of North America*, 41, 23-41.
- Ousset, P. J., Démonet, J. F., Puel, M., Cadebat, D., Micas, M., Albarède, J. L., Rascol, A., & Guiraud, B. (1994). L'évaluation cognitive des patients présentant une démence de type Alzheimer par la version française révisée de la Hierarchic Dementia Scale. *Revue neurologique*, 6-7, 425-429.
- Pinard, C., & Landreville, P. (1998). Stratégies d'adaptation, symptômes dépressifs, anxiété et bien-être au sein des personnes âgées vivant en milieu institutionnel. *Revue canadienne du vieillissement*, 17, 40-58.
- Préville, M., Potvin, L., & Boyer, R. (1995). The structure of psychological distress. *Psychological Reports*, 77, 275-293.
- Reisberg, B., Borenstein, J., Franssen, E., Salob, S., Steinberg, G., Shulman, E., Ferris, S. H., & Georgotas, A. (1987). BEHAVE-AD : A clinical rating scale for the assessment of pharmacologically remediable behavioral symptomatology in Alzheimer's disease. Dans H.J. Altamn (Eds), *Alzheimer's disease. Problems, prospect, and perspectives*. New-York : Plenum Press.
- Salzman, C., & Lebowitz, B. D. (1991). *Anxiety in the elderly. Treatment and research*. New-York : Springer Publishing Company.
- Schoevers, R. A., Beekman, A. T. F., Deeg, D. J. H., Jonker, C., & Van Tilburg, W. (2003). Comorbidity and risk-patterns of depression, generalized anxiety disorder and mixed anxiety-depression in later life : results from the AMSTEL study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 18(11), 994-1001.
- Sclan, S. G., Saillon, A., Franssen, E., Hugonot-Diener, L., Saillon, A., & Reisberg, B. (1996). The Behavior Pathology in Alzheimer's Disease Rating Scale (BEHAVE-AD)

- : Reliability and analysis of symptom category scores. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 11, 819-830.
- Scogin, F., Floyd, M., & Forde, J. (2000). Anxiety in older adults. Dans S. Krauss Whitebourne (Ed.), *Psychopathology in later adulthood*. New-York : John Wiley.
- Shear, K., Vander Bilt, J., Rucci, P., Endicott, J., Lydiard, B., Otto, M. W., Pollack, M. H., Chandler, L., Williams, J., Ali, A., & Frank, D. M. (2001). Reliability and validity of a structured interview guide for the Hamilton Anxiety Rating Scale (SIGH-A). *Depression and Anxiety*, 13, 166-178.
- Sheikh, J. I. (1992). Anxiety and its disorders in old age. Dans J. E. Birren, R. B. Sloane, & G. D. Cohen (Eds), *Handbook of mental health and aging* (p. 409-432). Toronto : Academic Press.
- Société Alzheimer du Canada. (2007). <http://www.alzheimer.ca> (consulté le 5 septembre 2007).
- Starkstein, S. E., Jorge, R., Petracca, G., & Robinson, R. G. (2007). The construct of generalized anxiety disorder in Alzheimer disease. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 15(1), 42-49.
- Sunderland, T., Alterman, I.S., Yount, R.N., Hill, J.L., Tariot, P.N., Newhouse, P.A., Mueller, E.A., Mellow, A.M., & Cohen, R.M. (1988). A new scale for the assessment of depressed mood in demented patients. *The American Journal of Psychiatry*, 145(8), 955-959.
- Swendsen, J. D. (1997). Anxiety, depression, and their comorbidity : An experience sampling test of the helplessness-hopelessness theory. *Cognitive Therapy and Research*, 21(1), 97-114.
- Teri, L., Ferretti, L. E., Gibbons, L. E., Logsdon, R. G., McCurry, S. M., Kukull, W. A., McCormick, W. C., Bowen, J. D., & Larson, E. B. (1999). Anxiety in Alzheimer's disease : Prevalence and comorbidity. *The Journal of Gerontology*, 54A(7), M348-M352.
- Van der Linden, M., Seron, X., Le Gall, D., & Andrès, P. (1999). *Neuropsychologie des lobes frontaux*. Marseille : Solal.
- Vasterling, J., Seltzer, B., & Watrous, W. (1997). Longitudinal assessment of deficit unawareness in Alzheimer's disease. *Neuropsychiatry, Neuropsychology, and Behavioural Neurology*, 10(3), 197-202.
- Vézina, J., Cappeliez, P., & Landreville, P. (1995). *Psychologie g rontologique*. Montréal : Ga tan Morin  diteur.

- Vilalta-Franch, J., Garre-Olmo, J., López-Pousa, S., Turon-Estrada, A., Lozano-Gallego, M., Hernández-Ferrándiz, M., Pericot-Nierga, I., & Feijóo-Lorza, R. (2006). Comparison of different clinical diagnostic criteria for depression in Alzheimer disease. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 14(7), 589-597.
- Wang, P. N., Liao, S. Q., Liu, R. S., Liu, C. Y., Chao, H. T., Lu, S. R., Yu, H. Y., Wang, S. J., & Liu, H. C. (2000). Effects of estrogen on cognition, mood, and cerebral blood flow in AD. A controlled study. *Neurology*, 54, 2061-2066.
- Warren, S., Janzen, W., Andiel-Hette, C., Liu, L., McKim, R., & Schalm, C. (2001). Innovative dementia care : Functional status over time of persons with Alzheimer disease in a residential care center compared to special care units. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 12(5), 340-347.
- Wertheimer, J. (1997). Anxiété, hypocondrie, troubles de personnalité et troubles délirants. Dans M. Arcand, & R. Hébert, *Précis pratique de gériatrie* (2^e éd.) (p. 215-227). Canada : Edisem, Maloine.

Appendice A
Questionnaire sociodémographique

QUESTIONNAIRE SOCIODÉMOGRAPHIQUE

Code du participant : _____

Sexe du participant : _____

Date de l'expérimentation : _____

Moment de l'expérimentation : _____

Lieu de l'expérimentation : _____

Ville d'où provient le participant : _____

Date de naissance : _____

Années de scolarité : _____

Statut civil : ☐ Marié(e) ☐ Séparé(e)/divorcé(e)
☐ Veuf(ve) ☐ Conjoint de fait
☐ Célibataire

Quel a été votre emploi principal pendant votre vie sur le marché du travail?

Quel a été l'emploi principal de votre conjoint(e)?

Considérez-vous que votre situation financière est...?

☐ Très bonne ☐ Très mauvaise
☐ Bonne ☐ Refuse
☐ Plus ou moins bonne ☐ Ne sait pas
☐ Mauvais

Renseignements sur le domicileNom de l'établissement : Maison Jean XXIIINombre de résidents : 48

Possibilité d'assistance AVD (√) oui

Possibilité d'assistance AVQ (√) oui

Disponibilité des soins infirmiers (√) oui

Si oui, nombre d'heures/semaine : 20 heures

Aide pour la médication (√) oui

Surveillance 24/24 (√) oui

Date d'arrivée à la résidence : _____

Nombre moyen d'heures de visite par semaine : _____

Nombre moyen d'heures de sortie par semaine : _____

Dans quel type de résidence habitez-vous avant celle-ci? _____

Date du diagnostic : _____

Médicaments

Prescription(s) :

Nom : _____ Dose : _____

Nom : _____ Dose : _____

Nom : _____ Dose : _____

Nom : _____ Dose : _____

Nom : _____ Dose : _____

Nom : _____ Dose : _____

Nom : _____ Dose : _____

Nom : _____ Dose : _____

Nom : _____ Dose : _____

Nom : _____ Dose : _____

Nom : _____ Dose : _____

Nom : _____ Dose : _____

Vente libre :

Nom : _____ Dose : _____

Nom : _____ Dose : _____

Nom : _____ Dose : _____

Nom : _____ Dose : _____

Nom : _____ Dose : _____

Nom : _____ Dose : _____

Nom : _____ Dose : _____

Autres maladies :

Nom : _____

Nom : _____

Nom : _____

Nom : _____

Nom : _____

Nom : _____

Appendice B
Formulaire de consentement des participants

Les formulaires de consentement ont été rédigés selon le plan préalablement établi pour réaliser la recherche. Certains changements ont été effectués en cours de cueillette de données.

Dès le début de l'expérimentation, l'entrevue avec le participant, qui avait pour but de remplir les cinq questionnaires de dépression et d'anxiété, a été retirée. En effet, le processus d'entrevue s'est vu trop lourd pour les participants et ceux-ci plus atteints au plan cognitifs qu'envisagés. La tâche des participants a donc été diminuée, tant en termes de temps que d'implication.

Suite à la première prise de mesure, l'ajout d'une évaluation supplémentaire au plan de la dépression et de l'anxiété a été ajoutée. Tel que mentionné dans la méthodologie de cette thèse, ce sont les deux intervenantes d'unités qui ont répondu à ces cinq questionnaires suite à la signature d'un formulaire de consentement.

Le *Comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec à Trois-Rivières*, ainsi que le comité de déontologie de la Maison Jean XXIII ont été informés de ces changements et les ont acceptés.

**FORMULE DE CONSENTEMENT À PARTICIPER AU PROJET DE
RECHERCHE:
INFLUENCE LONGITUDINALE DE L'ANXIÉTÉ ET DE LA DÉPRESSION
SUR LES CAPACITÉS COGNITIVES DES PERSONNES ATTEINTES DE LA
MALADIE D'ALZHEIMER**

Informations générales

Le projet de recherche *Influence longitudinale de l'anxiété et de la dépression sur les capacités cognitives des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer* se déroule sous la responsabilité de Myriam Soucy, étudiante-chercheuse à l'Université du Québec à Trois-Rivières et de Micheline Dubé, Ph.D. et professeure-chercheuse à l'UQTR. Le rôle de l'étudiante-chercheuse auprès des participants est de les rencontrer pour obtenir une mesure neuropsychologique, ainsi que deux autres mesures, soit l'anxiété et la dépression. Le rôle de la professeure chercheuse est de diriger l'étudiante dans son projet de thèse.

Recrutement des participants

Cette recherche s'adresse aux personnes ayant un diagnostic probable de la maladie d'Alzheimer, vivant en résidence spécialisée ou offrant des services spécialisés pour cette population.

Objectif de la recherche

La recherche a pour objectif de vérifier l'influence à long terme des symptômes anxieux et dépressifs sur les capacités cognitives des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. De plus, il est possible que les mesures obtenues permettent d'améliorer la qualité des interventions des gens entourant la personne atteinte.

Description de la recherche

Une première rencontre est effectuée auprès du participant dans le but d'évaluer ses capacités cognitives, à l'aide d'une échelle neuropsychologique. Cette rencontre sera morcelée si le participant en ressent le besoin ou si la chercheuse note une fatigue ou une anxiété. Par la suite, la chercheuse rencontre un(e) préposé(e) pour que celui-ci ou celle-ci réponde aux 5 questionnaires concernant les symptômes d'anxiété et de dépression chez le participant. En troisième lieu, la chercheuse rencontre le participant lui-même pour qu'il réponde également aux 5 questionnaires concernant l'anxiété et la dépression. Cette rencontre peut encore être morcelée pour les mêmes raisons. Finalement, la chercheuse donne la cote finale aux 5 questionnaires d'anxiété et de dépression (peut nécessiter une période d'observation du participant par la chercheuse). La rencontre avec le participant dure approximativement 2 heures, alors que le travail du ou de la préposé(e) demande environ 45 minutes.

La chercheuse laisse passer une période de 4 à 6 mois avant de reprendre exactement la même procédure, avec les mêmes instruments et pour la même durée.

Finalement, la chercheuse réalise une troisième collecte de données après une seconde période de 4 à 6 mois. Encore là, la procédure, la durée et les instruments sont les mêmes que lors de la première mesure.

Les informations recueillies seront utilisées par l'étudiante-chercheuse, Myriam Soucy, et seront tenues anonymes et confidentielles, seul un numéro de code apparaîtra sur les questionnaires. Lorsque la recherche sera terminée, les participants pourront connaître les résultats généraux de l'étude s'ils en font la demande à la responsable de la recherche.

Si le participant et son tuteur légal acceptent les informations recueillies pourront être dévoilées au tuteur légal et aux intervenants de la résidence, dans le but d'améliorer la connaissance et la qualité des interventions. C'est à l'étudiante-chercheuse qu'il revient la responsabilité de communiquer ses résultats auprès des aidants.

La participation aux rencontres peut entraîner une légère fatigue qui est contrée par le fait que les rencontres peuvent être morcelées. Certains participants peuvent également éprouvés une légère anxiété due à la situation nouvelle. Toutefois, l'intervention de la chercheuse visera toujours à ce que l'inconfort soit le moindre que possible et assurera un suivi individuel adéquat en cas de besoin.

Tout participant est libre de se retirer de l'expérimentation à tout moment sans avoir à justifier sa décision. La responsable de la recherche peut également retirer un participant de la recherche.

Autorisation demandée aux participants

L'étudiante-chercheuse demande la permission :

- De questionner les proposés aux bénéficiaires pour obtenir leur point de vue sur la présence ou non de symptômes d'anxiété et de dépression
- D'avoir accès aux fichiers concernant le participant pour connaître les informations sur l'histoire de sa maladie, sur les médicaments prescrits et sur les événements pertinents rapportés par les préposés dans le but de permettre une meilleure évaluation de l'état du patient.

**FORMULE DE CONSENTEMENT
À PARTICIPER
À UN PROJET DE RECHERCHE UNIVERSITAIRE**

ENGAGEMENT DU PARTICIPANT

Je, _____ reconnais avoir été suffisamment informé(e) du projet de recherche *Influence longitudinales de l'anxiété et de la dépression sur les capacités cognitives des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer* et de bien comprendre ce que la participation à cette recherche implique pour moi. En toute connaissance et en toute liberté, j'accepte d'y participer et j'autorise la responsable à interviewer les préposé(e)s, à consulter mon dossier et à utiliser les résultats de ma participation selon les informations qu'elle m'a fournies.

Nom du participant en lettres moulées

Nom du tuteur légal en lettres moulées

Signature du participant

Signature du tuteur légal

Date

ENGAGEMENT DES RESPONSABLES

En tant que responsables de la recherche, nous, Myriam Soucy, étudiante-chercheure à l'Université du Québec à Trois-Rivières et Micheline Dubé professeure-chercheure à l'UQTR, nous engageons à mener cette recherche selon les dispositions acceptées par le Comité d'éthique de la recherche de l'UQTR et par le Comité de déontologie de la résidence logeant le participant.

Signature des responsables :

Myriam Soucy, étudiante-chercheure

Micheline Dubé, Ph.D.

Date

Appendice C
Formulaire de consentement
des préposées aux bénéficiaires et des intervenantes d'unité

**FORMULE DE CONSENTEMENT À CONTRIBUER AU PROJET DE
RECHERCHE:
INFLUENCE LONGITUDINALE DE L'ANXIÉTÉ ET DE LA DÉPRESSION
SUR LES CAPACITÉS COGNITIVES DES PERSONNES ATTEINTES DE LA
MALADIE D'ALZHEIMER**

Objectif de la recherche

La recherche a pour objectif de vérifier l'influence à long terme des symptômes anxieux et dépressifs sur les capacités cognitives des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. De plus, il est possible que les mesures obtenues permettent d'améliorer la qualité des interventions des gens entourant la personne atteinte.

Description de la recherche

Une première rencontre est effectuée auprès du participant dans le but d'évaluer ses capacités cognitives, à l'aide d'une échelle neuropsychologique. Par la suite, la chercheure rencontre un(e) préposé(e) pour que celui-ci ou celle-ci répondent aux 5 questionnaires concernant les symptômes d'anxiété et de dépression chez le participant. En troisième lieu, la chercheure rencontre le participant lui-même pour qu'il réponde également aux 5 questionnaires concernant l'anxiété et la dépression. Finalement, la chercheure donne la cote finale aux 5 questionnaires d'anxiété et de dépression (peut nécessiter une période d'observation du participant par la chercheure). La rencontre avec le participant dure approximativement 2 heures, alors que le travail du ou de la préposé(e) demande environ 45 minutes. La chercheure réalise trois collectes de données, laissant passer une période de 4 à 6 mois entre chacune.

ENGAGEMENT DU OU DE LA PRÉPOSÉ(E)

Je, _____ reconnais avoir été suffisamment informé(e) du projet de recherche *Influence longitudinale de l'anxiété et de la dépression sur les capacités cognitives des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer* et de bien comprendre ce que ma participation à cette recherche implique pour moi. En toute connaissance et en toute liberté, j'accepte d'y participer et de répondre aux questionnaires concernant les résidents.

Signature du ou de la préposé(e)

Myriam Soucy, étudiante-chercheure

Micheline Dubé, Ph.D.

Date

**FORMULE DE CONSENTEMENT À CONTRIBUER AU PROJET DE
RECHERCHE:**

**LE FONCTIONNEMENT COGNITIF ET LES MANIFESTATIONS
DÉPRESSIVES ET ANXIEUSES DANS LA MALADIE D'ALZHEIMER**

Objectif de la recherche

La recherche a pour objectif de vérifier l'influence à long terme des symptômes anxieux et dépressifs sur les capacités cognitives des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. De plus, il est possible que les mesures obtenues permettent d'améliorer la qualité des interventions des gens entourant la personne atteinte.

Description de la recherche

Une première rencontre est effectuée auprès du participant dans le but d'évaluer ses capacités cognitives, à l'aide d'une échelle neuropsychologique. Par la suite, la chercheure rencontre un(e) préposé(e) pour que celui-ci ou celle-ci répondent aux 5 questionnaires concernant les symptômes d'anxiété et de dépression chez le participant. En troisième lieu, la chercheure rencontre une intervenante d'unités qu'elle répond également aux 5 questionnaires concernant l'anxiété et la dépression. La rencontre avec le participant dure approximativement 45 minutes, alors que le travail du ou de la préposé(e) et celui de l'intervenante d'unités demande environ 45 minutes. La chercheure réalise trois collectes de données, laissant passer une période de 4 à 6 mois entre chacune.

ENGAGEMENT DE L'INTERVENANTE D'UNITÉ

Je, _____ reconnais avoir été suffisamment informé(e) du projet de recherche *Influence longitudinale de l'anxiété et de la dépression sur les capacités cognitives des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer* et de bien comprendre ce que ma participation à cette recherche implique pour moi. En toute connaissance et en toute liberté, j'accepte d'y participer et de répondre aux questionnaires concernant les résidents.

Signature de l'intervenante d'unité

Myriam Soucy, étudiante-chercheure

Micheline Dubé, Ph.D.

Date